



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

### Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

### About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



## A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

## Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

## À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>















ÉCHO MÉDICAL

17-11M 01-19



# L'ÉCHO MÉI

DU NORD

---

ANNÉE 190

---

COLLABORATEURS DU JOURNAL PENDA

MM. ARTHUS ; AUSSET ; BERTIN ; BOURET ; BRASSART ; BRETON ;  
CAUMARTIN ; CHABERT (DE) ; CHARMEIL ; CHEVALIER ; COLLE  
DEHON ; DELBECQ ; DELÉARDE ; DOURIEZ ; DRUCBERT ; I  
GELLÉ ; GÉRARD (E.) ; GÉRARD (G.) ; GONTIER DE  
HAUTEFEUILLE ; HURIEZ ; INGELRANS ; JULIEN ; KÉRAVAL  
LAMBRET ; LAURENT ; FORT (LE) ; LEROY ; LETAILLEUR  
MARCHAND ; MINET ; MOTY ; OBERS ; OUI ; P  
POTEL ; RAVIART ; SONNEVILLE ; SURMONT ; TAC  
TROUCHAUD ; WERTHEIMER.



LILLE

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE ET LITHOGRAPHIQUE

*Rue Nationale, 68, et rue Nicolas-Leblanc,*

1902

ON MEDICAL  
JG20 1904  
BRARY  
ATALOGUED  
JUG20 1904  
J.F.B.



# L'ÉCHO

ABONNEMENT  
5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

8222

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. CONBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique; Barrois, professeur de parasitologie; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur; Carrière, professeur agrégé; Carlier, professeur agrégé; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Dubar, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Folet, professeur de clinique, professeur agrégé; Guérin, vété à l'Institut Pasteur; Kéraval, dir d'Armentières; De Lapersonne ophtalmologique à Paris; Looten Manouvriez (de Valenciennes), l'Académie de médecine; Moty, du Val-de-Grâce; Oul, professeur cours d'accouchements; Surmon interne et expérimentale; Ver chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale; POTEL, ex-chef de clinique chirurg

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de  
Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adres

*La Rédaction*

DE L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

avec ses meilleurs souhaits pour l'année 1902

## SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Les hernies de l'appendice iléo-cœcal, par E. Bertin, interne. — CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES : Les convulsions de l'enfance, par le professeur E. Ausset. — ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES. — MOTS DE LA FIN. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

**Les Hernies de l'appendice iléo-cœcal (1)**  
par E. Bertin, interne des Hôpitaux

Deux cas de hernie de l'appendice observés en peu de temps dans le service de M. le Professeur FOLET, à l'Hôpital Saint-Sauveur, nous ont donné l'occasion de faire sur ce sujet quelques recherches qui seront l'objet de ce

(1) Résumé d'un mémoire présenté pour le prix de l'Association des Anciens Internes et Internes des Hôpitaux de Lille. Section de Chirurgie (1901).

travail. Nous n'aurons pas pour point tous les travaux qui ont été vaste. Nous nous contenterons de l'histoire, en montrant comme purement anatomiques de Mongai à peu transformées; nous nous att sous quel jour elle se présente au un mot, une mise au point aussi p tirer des conclusions aussi ferm actuel de la science.

Les recherches des premiers au hernies de l'appendice n'ont plus aujourd'hui. Ils se livrent à des anatomiques; ils sont à peu près de la hernie, et ils paraissent igno accidents si particuliers auquel sance. Toutes les observations et mémoire de KLEIN, paru en 1868; le étaient au nombre de vingt-deux.

Les observations, dès cette époque nombreuses; elles font l'objet de inaugurales, de cliniques magistra LE DENTU, VERNEUIL, etc...). Nous lièrement sur l'article de BRIGER, la question au point et apporte vi de hernie appendiculaire, dont c l'appendice seul, sans épiploon.

Mais la période véritablement l'on s'occupe tout spécialement de par la hernie. Avec la question cavité abdominale naît celle de



inguinal, constituant ainsi une hernie du côlon, sans sac. Si le mouvement de descente continue, le cœcum sera attiré; mais au lieu de glisser, comme précédemment, il bascule, et pénètre dans la hernie par son extrémité supérieure. La hernie de l'appendice se produira ensuite et en dernier lieu, quand le cœcum tout entier aura pénétré dans le trajet. A ce moment, nous aurons un sac, très incomplet peut-être, mais qui ne saurait manquer. En effet, le cœcum, peu adhérent au péritoine dans sa partie supérieure, pourra se laisser décortiquer à ce niveau dans un mouvement de bascule. Il n'en sera plus de même à la partie inférieure, où l'adhérence est plus intime, et où nous aurons toujours une petite partie de l'intestin revêtue de sac. Ce sac se trouvera naturellement situé à la partie supérieure, en avant d'après DELHAYE, en avant et en dedans, d'après MAYO.

**2° HERNIES IRRÉGULIÈRES** (par disposition anormale du péritoine). — a) Nous citerons d'abord une variété rattachée par beaucoup d'auteurs à la précédente. Dans certains cas tout à fait exceptionnels mais affirmés par JABOULAY qui en rapporte quatre observations, le cœcum peut sortir le premier, sans mouvement préalable du côlon ascendant. Il faut alors, d'après JABOULAY, une disposition anormale du péritoine formant un méso cœcum : « Alors cet organe, lorsqu'il est distendu par les matières, peut, si son ligament inférieur ne le maintient pas suffisamment en place, s'énucléer de sa coque séreuse et exécuter tout seul le mouvement de bascule qu'il effectue ordinairement à la suite du côlon ascendant ». Ici encore, l'appendice se présentera à la suite du cœcum, la pointe en haut.

b). *Hernies par absence du revêtement péritonéal.* — Par suite d'un arrêt de développement, le cœcum et l'appendice n'ont pas de revêtement péritonéal. Ils pourront alors glisser librement dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, et nous aurons une hernie de l'appendice, absolument dépourvue du sac, accompagnée ou non du cœcum. Cette variété est tout à fait exceptionnelle; sur 300 dissections, BORDELEZEN ne l'a rencontrée qu'une seule fois.

c) *Absence des ligaments, ou longueur exagérée.* — Ici encore le cœcum flottera librement dans la fosse iliaque, et le mécanisme sera le même que celui des hernies par glissement. Il y aura un sac complet, la hernie sera réductible. Remarquons que c'est probablement dans ces cas, dans lesquels le cœcum et l'appendice jouissent d'une extrême mobilité, qu'on a pu trouver la hernie à gauche.

d). *Hernies par adhérences congénitales avec le testicule.* — D'après BRIANÇON, des adhérences ont pu se produire entre l'appendice et le testicule avant la migration de ce dernier. L'appendice serait, dans ce cas, progressivement entraîné jusque dans le scrotum par la glande génitale. MENIGOT DE TREIGNY donne également cette explication dans sa thèse, et plusieurs observations en font foi.

e). *Hernies par adhérences avec le*  
L'appendice, précédemment en  
des adhérences avec l'intestin ;  
particulièrement le péritoine.  
organes se produise, et l'appendic

f. — La persistance du canal p  
lée par la plupart des auteurs,  
favorable à la production de la  
comme à celle de toutes les her  
influence secondaire, les causes  
plus haut auront encore le princi

En résumé, nous pourrions fair  
dice, d'après leur mécanisme, la c

Hernies régulières (par disposition régulière du péritoine)	A. Hernies par glissement	α Appen — H.
		β Appen rédu
Hernies irrégulières (par dispositions irrégulières du péritoine)	B. par descente	γ Appen dant irrédu
		δ Presqu acco Bascule retot
Hernies irrégulières (par dispositions irrégulières du péritoine)	Présence d'un méso-c	
	Absence de revêtement	
	Absence ou allongement	
	Adhérences testiculaires	
	Adhérences acquises	
	tère.	
	Persistance du canal	

**Symptomatologie.** — La her  
passer absolument inaperçue et n  
d'une kélotomie ou d'une autopsie

Si l'appendice est seul, on p  
sentir à la palpation un corps ar  
sous le doigt, mais il n'existe  
monique.

A plus forte raison, si l'appendi  
partie du tube digestif ou d'ép  
seront ceux de toutes les hernies  
apparu rapidement le plus souven  
non, etc... Nous n'insisterons pas s  
aucun intérêt.

Il n'en est plus de même quand  
aux infections de toute nature, vie  
observerons alors un ensemble de s  
a donné le nom d'appendicite herni  
fut observée pour la première fois a  
siècle par AMYAUD; mais la ques  
intéressante qu'au moment où sur  
années, les discussions sur la pal  
matologie de l'appendicite. Les  
plus précises, et l'on chercha à ap  
de l'appendicite herniaire chacun

seurent dès le début de nom-  
articulier, trouvait dans les cas  
ents. On rencontre en effet très  
pendice gangréné, des corps  
lètement la lumière du canal :  
de cerise, aiguilles, etc. Toutes  
par la théorie DIEULAFOY pour-  
ce, et il serait trop long de les

les modifications vasculaires  
mmation de l'appendice iléo-  
ninaire (torsions, compressions,  
leusement réunies quand cel  
ce qui expliquerait, selon eux,  
te herniaire : point de lésions  
licite.

dans son travail, se faisait le  
ectieuse, et apportait à l'appui  
ses observations de folliculites  
us n'avons pas à discuter ici la  
réories.

remarquer qu'il est impossible  
e l'action mécanique, que l'on  
part des cas. Mais cette condi-  
suffisante, puisqu'il existe des  
dans lesquelles elle a manqué  
transmise à l'appendice soit  
par la voie lymphatique, soit  
disons donc que l'appendice,  
ier quand il occupe la grande  
ive dans des conditions plus  
est en ectopie. Les corps étran-  
is grande facilité, la circulation  
génée, il est exposé aux trau-  
in un mot, toutes les conditions  
sistance ou augmenter la viru-  
ivent réunies. Que survienne  
onque : elle se localisera sur  
un « locus minoris resis-

ymptômes que nous pourrons  
is distinguerons deux formes :

ne partie quelconque du tube

. — Ce qui caractérise cette  
ite réaction générale et surtout  
ec l'intensité des phénomènes  
là indolore, devient brusque-  
rés vives, lancinantes, s'exagé-  
olume augmente, la peau est

rouge et tendue; la fièvre s'allume, le pouls s'accélère.  
Mais on n'observe jamais de réaction péritonéale; les  
vomissements, quand ils existent, n'ont rien d'inquiétant,  
le ventre est souple, presque indolore, l'intestin reste libre.

En quelques jours, nous assistons à la formation d'un  
phlegmon localisé, scrotal, inguinal ou crural. L'ouverture,  
spontanée ou chirurgicale, donne issue à un pus d'odeur  
fécaloïde, parfois très abondant, et à des fragments d'ap-  
pendice gangréné. Une fistule stercorale s'établit, qui  
tantôt devient persistante, tantôt se tarit d'elle-même. Le  
plus souvent la guérison survient assez rapidement.

Il n'en est pas toujours ainsi, et l'on cite des cas mortels.  
POLLOSSON rapporte une observation d'appendice herniaire,  
avec abcès crural, suivie de mort. Un taxis imprudent  
peut réduire dans l'abdomen un organe prêt à se gan-  
grener, et occasionner une péritonite mortelle. Nous en  
trouvons en particulier un exemple dans le mémoire de  
BRIEGER. Cependant, nous nous hâtons d'ajouter que ces  
faits sont exceptionnels, et que le plus souvent cette forme  
d'appendicite herniaire guérit spontanément, avec ou sans  
persistance de fistule stercorale.

**B. L'APPENDICE EST ACCOMPAGNÉ.** — Comme dans la forme  
précédente, nous observons des symptômes locaux, les  
mêmes que ceux de la hernie étranglée : irréductibilité,  
douleur, etc. Mais la réaction péritonéale générale sera ici  
bien plus marquée que précédemment : le pouls est  
rapide, le ventre ballonné, sensible à la pression, le faciès  
grippé, anxieux, les vomissements continus. Mais à côté  
de ces signes, qui, on le voit, sont à peu près ceux de la  
hernie étranglée, il en est un d'une importance capitale,  
qui ne manque jamais et qui sera plus tard la base de  
notre diagnostic : la constipation, qui existe dans la plu-  
part des cas, *ne va jamais jusqu'à l'occlusion complète* : les  
vomissements, persistants, n'ont jamais l'odeur fécaloïde ;  
le malade rend des gaz, et de temps en temps survient  
une débâcle intestinale.

Si la maladie est abandonnée à elle-même, l'évolution  
en est très variable. Ou bien, en quelques jours, il se pro-  
duit comme dans la forme précédente un phlegmon  
localisé, suivi d'une fistule stercorale ; ou bien la périto-  
nite généralisée survient, amenant presque fatalement la  
mort. Cette complication n'est malheureusement pas rare,  
et RIVET, sur 27 cas, l'a observée 6 fois.

**ÉTRANGLEMENT DE L'APPENDICE HERNIÉ.** — Il nous reste à  
étudier une variété d'accidents plus rares, l'étranglement  
de l'appendice hernié. Il ne s'agit pas ici, bien entendu, de  
l'étranglement de l'appendice et d'une anse intestinale ; la  
question qui se pose est celle-ci : une hernie de l'appendice  
isolé est-elle susceptible de s'étrangler ? La réponse n'était  
pas douteuse il y a quelques années, et nous trouvons  
dans les travaux de BRIEGER, de KLEIN et autres auteurs  
des observations d'étranglement de l'appendice. Cependant,

une théorie a été émise, niant la possibilité de cette variété d'étranglement ; MICHAUX, en particulier, la soutenait à la Société de Chirurgie en 1897. Le point de départ des accidents, pour certains auteurs, ne serait qu'un processus inflammatoire, une appendicite herniaire en un mot, et l'étranglement ne serait que secondaire. S'il est vrai que dans certains cas telle a été la marche de la maladie, on ne saurait mettre en doute des observations incontestables de JAJA, etc. POLLOSSON, en particulier, rapporte dans le *Lyon Médical* en 1893, deux observations d'étranglement appendiculaire. Dans l'une, il existait au niveau de l'anneau un rétrécissement très net, qu'il fallut débrider au bistouri de COOPER ; l'appendice portait au niveau de l'étranglement un sillon d'étranglement très marqué. Nous en trouvons également des cas relatés dans le mémoire de BRIEGER, dans lesquels le débridement suffit à supprimer les accidents.

Nous dirons donc que l'étranglement de l'appendice hernié existe véritablement. Quant aux symptômes, ils sont ceux de l'appendicite herniaire : irréductibilité, douleur, réaction générale et péritonéale, *sans occlusion intestinale complète*.

Dans cette variété d'accidents, nous mentionnerons encore une forme particulière, encore mal connue : l'étranglement rétrograde. L'appendice, au niveau de l'anneau inguinal par exemple, peut se présenter de telle sorte que ses deux extrémités restent dans le trajet inguinal, la partie moyenne formant une anse qui se trouve dans le scrotum.

Qu'un étranglement survienne au niveau de l'extrémité libre, et nous aurons l'étranglement rétrograde. ZAHRADNICSY, en 1898, en a signalé un cas, trouvé dans une hernie scrotale gauche, chez un enfant de deux ans. BRIEGER en rapporte une autre observation, signalée par JACKLE en 1888. Cette variété d'étranglement, encore mal connue, nous paraît devoir être extrêmement grave par l'ouverture possible de l'appendice gangrené dans l'abdomen. Malheureusement, les observations nous manquent pour insister sur ce point et en décrire le tableau clinique.

**Diagnostic.** — Nous avons vu, en décrivant les symptômes, qu'il n'existe pas de signe pathognomonique de la hernie de l'appendice non enflammé. Le diagnostic est impossible si une anse intestinale accompagne l'appendice. Quand il est seul, la palpation peut faire sentir un corps rond et allongé, qu'on pourrait confondre chez la femme avec la trompe. Le diagnostic en est toujours difficile, et n'a pas pour le malade une importance capitale.

Il n'en est plus de même si la hernie est enflammée, car l'intervention sanglante, immédiate, est alors indiquée. Nous allons essayer d'en retracer les principaux points, en reprenant les divisions faites pour la description des symptômes.

A. L'APPENDICE EST CONTRASTANT AVEC LA PÉRITONÉAUX, POURRAIT-IL ÊTRE LA CAUSE D'UNE HERNIE ? Cette affection donne un sac herniaire, accompané d'un pincement latéral de l'anneau, les mêmes symptômes qu'une hernie ordinaire. En 1881, a fort mépris, on a vu entre les deux affections une différence, à savoir : que dans la hernie, la tumeur, des accidents généraux, etc., tandis que dans l'appendicite, la tumeur n'est que locale, et que le diagnostic est facile à faire éliminer l'hypothèse de l'appendicite. Malgré tout, on ne peut que dire que, dans ces cas, on ne peut que faire une hernie inguinale ou une appendicite, mais il faut toujours songer à la possibilité d'une hernie de l'appendice.

Si la hernie est simple, elle pourra faire penser à une appendicite, mais les erreurs ont été commises, et on a vu que la hernie de l'appendice ne minera le siège de la hernie, de l'urétrite et bien sûr, sans antécédents.

BRIANÇON signale que si l'appendice est intérieurement, il arrive dans certaines circonstances, à déterminer une hernie, de l'épididyme, de l'organe, siège de la hernie, tout à fait ferme, au toucher.

Si le chirurgien ne trouve pas de phlegmon, il pensera à une hernie de la région. Mais si la lymphangite, et le fait qu'il portait une hernie, le diagnostic ferme ne sera pas au moins le soupçon d'une hernie.

B. L'APPENDICE EST ENFLAMMÉ, ON PEUT LE SENTIR AVEC LA MAIN. Les signes constatés, on peut dire qu'ils sont banals, mais la persistance des gaz fera également l'hypothèse d'une appendicite, généralement pas d'urétrite.

Le diagnostic de la hernie de l'appendice est plus délicat et pourra être suspect.



ble, et  
obser-  
lu sac,  
d'une  
lans le  
ndice,  
lans la  
stopsie  
cœcal.  
ve une  
e tissu  
L'opé-  
qui a  
modi-  
ent, et  
oloïque  
ltiplier  
que de  
, car le  
nd à le

on d'un  
cédem-  
s assis-  
e point

identi-  
aire, et  
nostic.  
e diffé-  
c qu'on

'appen-  
inflam-  
ns cas  
Mais la  
qu'elle  
prit du  
utieux,  
allons  
ues si

'appen  
le cure  
'en est  
inflam-  
ait une  
bserva-  
nort. Il  
nstitué

dès le début des accidents, atténue considérablement la gravité du pronostic. C'est ce traitement que nous allons exposer en reprenant les divisions faites pour la symptomatologie.

1° L'APPENDICE N'EST PAS ENFLAMMÉ. — a). Il est seul. Le chirurgien pourra hésiter entre deux conduites à tenir : ou bien rentrer dans l'abdomen un organe sain et éviter au malade une intervention peut-être inutile ; ou bien réséquer l'appendice, et pratiquer ensuite, dans un cas comme dans l'autre, la cure radicale. Le second procédé nous paraît de beaucoup supérieur au premier. La résection de l'appendice, dans de telles conditions, ne présente aucune gravité ; par contre, sa réduction dans l'abdomen peut avoir quelques inconvénients, et pour n'en citer qu'un, nous rappellerons l'observation de BOUGLÉ : au cours d'une cure radicale pour hernie inguinale droite, on trouve l'appendice qu'on rentre dans l'abdomen. Quelques jours après survient un étranglement de hernie crurale, et on trouve dans le sac l'appendice enflammé. Il semble donc indiqué, si l'appendice est sain, de le réséquer. Plusieurs cas peuvent alors se présenter.

a. L'appendice est libre, on place une ligature à la base, on résèque au thermocautère sous la ligature, et on procède à l'enfouissement du moignon. On réduit, et on procède à la cure radicale, avec ou sans drainage.

b. L'appendice est adhérent au sac, par l'adhérence parenchymateuse de Scarpa. On sectionne le méso, et on résèque l'appendice comme précédemment.

c. L'appendice est adhérent au testicule, on le dissèque, sans trop craindre l'albuginée qu'on peut au besoin suturer en second lieu pour éviter le fongus du testicule.

d. L'appendice adhère au sac par des adhérences inflammatoires. On le sectionne à sa base, on dissèque le sac qu'on sectionne à son tour.

b). L'appendice est accompagné d'anses intestinales ou d'épiploon. Ici encore, la résection est indiquée, mais la cure radicale pourra présenter quelques difficultés, s'il s'agit du gros intestin. Nous n'avons pas à décrire ici l'étude des procédés à employer, qui rentrent plutôt dans l'étude des hernies du gros intestin.

Des adhérences très intimes entre l'appendice et l'intestin peuvent être une contre-indication à sa résection. Mais nous rappellerons que l'organe, ainsi rentré dans l'abdomen, est plus que jamais soumis à toutes les chances d'infection, puisqu'il a déjà été enflammé. Il faut donc essayer de procéder à une véritable dissection, en surveillant attentivement l'intestin et en drainant.

B. L'APPENDICE EST ENFLAMMÉ. — Avant d'exposer le traitement chirurgical de cette variété, nous croyons utile de dire quelques mots du taxis et des résultats qu'on peut en attendre. Le taxis est en effet la première intervention à laquelle le malade a recours quand sa hernie, cessant

d'être réductible, devient douloureuse. A son tour, le médecin croit devoir le pratiquer avant d'avoir recours à l'intervention sanglante, surtout si la bénignité des symptômes lui a fait porter à tort le diagnostic d'épiplocèle inflammée. On conçoit aisément la gravité de cette manœuvre : l'appendicite qui a commencé à évoluer dans le sac herniaire continue sa marche dans l'abdomen ; c'est, à bref délai et presque fatalement, la péritonite généralisée et toutes ses conséquences.

Ce sont ces cas, rares à la vérité, mais d'une gravité exceptionnelle, qui sont les plus sérieux arguments contre le taxis. Nous avons vu l'extrême difficulté du diagnostic ; nous voyons maintenant quelles peuvent être les conséquences d'une erreur toujours possible. Nous sommes persuadés que bien souvent les accidents d'étranglement continuant à évoluer dans l'abdomen après la réduction d'une hernie étaient dus en réalité à une appendicite herniaire ; et nous voudrions voir cette complication rangée, à côté de la réduction en masse, parmi les accidents du taxis.

Nous ne discuterons pas plus longtemps les indications du taxis, opération néfaste pour le cas qui nous occupe, et jugée dangereuse d'une façon générale par beaucoup de chirurgiens. Nous nous contenterons de dire qu'on ne peut le pratiquer qu'à coup sûr, quand le diagnostic a été solidement établi et qu'on est certain que l'appendice est hors de cause. Dans le cas contraire, même si le moindre doute persiste, l'hésitation n'est pas permise, c'est à l'intervention sanglante qu'il faut avoir recours.

Si l'appendice est seul, les indications chirurgicales seront alors les mêmes que précédemment. On le résèque avec les plus grandes précautions ; il est prudent de procéder à l'enfouissement du moignon, pour éviter toute chance d'infection péritonéale. On pourra terminer par la cure radicale, en faisant un drainage de la région.

Si l'appendice est accompagné, l'opération pourra être plus compliquée, suivant l'état de l'intestin. On procède à un examen minutieux et à la toilette de toutes les anses amenées au dehors. Dans certains cas, il y a lieu de faire l'enfouissement de parties sphacélées, ou l'anus contre-nature, ou l'entérotomie. Si le sac est infecté, on drainera soigneusement la région après avoir réséqué largement toute la partie malade. Ici encore, on pourra terminer par la cure radicale.

En résumé, nous croyons indiqué, toutes les fois qu'on rencontrera un appendice dans un sac herniaire, quel que soit l'état de cet appendice, d'en faire la résection. On procède ensuite à la cure radicale par les procédés ordinaires.

**Observations.** — OBSERVATION I (Recueillie dans le service de M. le professeur FOLET, à l'hôpital Saint-Sauveur). — C..., Edmond, âgé de 32 ans, entré le 18 avril 1901,

à l'hôpital Saint-Sauveur, salle 5 hernie inguinale droite.

C'est un homme de constitution cou des traces de scrofulo-tubercule du maxillaire une fistule dentaire a douze ans, il a contracté la syphilis sur la face dorsale du pied gauche tuberculo-croûteuse qui atteint les deux mains.

Il y a dix ans, étant infirmier a fait un effort pour soulever un marteau violent douleur, une sorte de craquement s'altère, et le médecin de l'époque présence d'une petite hernie inguinale rien d'anormal et conseilla le port d'un petit, la hernie s'est accrue. Aujourd'hui les bourses et atteint le volume d'une tête de fœtus très réductible. Elle rentre dans le ventre et se reproduit aussitôt après lâche, et donne facilement passage à la palpation de la tumeur, on n'a pu autre que le gargouillement de l'intestin paraît être complète, et l'on sent le cordon qui sont libres.

La hernie n'occasionne aucune gêne très minutieusement le malade. Il est très affirmatif : les passages remarquablement bien phénomènes douloureux du côté de l'opercule, non pas parce qu'il s'agit de la port d'un bandage qui maintient qu'il craint des accidents possibles.

La cure radicale est pratiquée, le docteur LE FOR. Notons de suite alerte au début de la chloroforme le sac est trouvé avec la plus grande épaisseur, facile à disséquer partie de son étendue. Le sac était non sans étonnement, l'appendice partie postéro externe, entouré par un libre d'un méso souple de 10 centimètres de hauteur. Les deux lames péritonéales, le méso est incisé. A sa base de son insertion sur le sac, les deux s'écartent et se continuent avec l'intestin aucune démarcation bien nette. Le centimètres de longueur ; il est contenu dans le sac herniaire ; il ne paraît absolument normal.

Deux ligatures sont placées, l'une sur son méso. Le sac est réséqué, la suture péritonéale qui résulte de cette tenue avec des pinces. Une nouvelle des pinces, ferme définitivement la continuité en maintenant en même temps la continuité. Préalablement, le cordon avait été touché au thermo-cautère suture séro-séreuses sous un surjet.

On réduit le moignon appendiculaire cure radicale. La paroi est reconstruite surjet de catgut : un sur le petit, l'aponévrose du grand oblique. Pour une hernie nouvelle, les deux côtés du sac sont fixés à la paroi, suivant la suture de la paroi est faite, moitié avec des griffes de MICHAUX. On plaie déclive, et on fait un pansement à l'état général est bon. La température à 90. Le malade a eu quelques vomissements, et a rendu quelques gaz par l'

un incident. Cependant, l'élévation de température qu'on trouve souillée donnée à cette époque se tarit assez difficilement à l'hôpital, où la plaie opératoire se parait solide, la plaie une impulsion.

gée de 48 ans, entre  
alle Saint-Augustin,  
ntestinale. L'histoire  
t débrouiller. Voici  
tre des explications

santé. Elle portait  
ale. réductible, qui  
avril, elle ressent un  
rs suivants par des  
les, en même temps  
e médecin consulté  
30 au matin, en fai-  
lente douleur dans  
omplet des gaz et des  
persistent, et le 1<sup>er</sup>  
hôpital.

state les signes suivants, très faible. Etat naître, conjonctives ent ballonné, mais Le ballonnement est lade a toujours des d ni gaz ni matières. tes tumeurs, l'une x, dure, pédiculée, petite, du volume pect variqueux.

**ôlé :** L'opération est  
Après ouverture, on  
ible un sac herniaire  
ne le passage à une  
voisine est ouverte ;  
aphène qu'on suture  
uit dans le ventre ne  
daie.

malade a des vomissements gazeux. Température élevée, subictérique. On continue et on fait cette fois en certains points un tin grêle porte latérale récent ; une autre aspects. On trouve en la ligature du sac le moignon par des

faite le matin pour  
tre rapidement. On  
30 centigrammes de

rendu quelques gaz,  
enseignements nous

uls, toujours faible,  
5. La malade a eu  
rit. On injecte de  
ficiel, et 30 centi-

Le 4 mai, le pouls est à 132°; il y a de l'hypothermie; les vomissements fécaloïdes continuent.

Jusqu'au 10 mai, jour de la mort, l'état général s'aggrave, l'occlusion persiste et la malade tombe peu à peu dans le collapsus. Elle meurt le 10 mai. L'autopsie ne peut être faite.

Il y a dans cette observation deux choses bien distinctes : d'une part, une hernie de l'appendice méconnue, mais incontestable puisque cet organe a été pris dans la ligature du sac. D'autre part des accidents assez obscurs d'étranglement interne, probablement dus à une réduction de hernie en masse ; l'autopsie seule aurait pu nous révéler la nature exacte de ces accidents.

**Conclusions.** — La hernie de l'appendice, dont le mécanisme et les variétés sont aujourd'hui très bien connus, peut ne se révéler par aucun symptôme particulier.

Elle est sujette à des accidents variés, l'appendicite et l'étranglement herniaire. Ce qui les caractérise, c'est le contraste entre les accidents locaux ou péritonéaux, et l'absence d'occlusion intestinale. Ce signe est le seul qui permette d'affirmer ou de soupçonner le diagnostic.

Le taxis doit être absolument proscrit du traitement de cette variété de hernies. L'intervention chirurgicale est de rigueur : il faut réséquer l'appendice, enflammé ou non, et procéder ensuite à la cure radicale de la hernie, en assurant le drainage de la région. Cette manière de faire diminue considérablement la gravité de la maladie, et donne au malade de grandes chances de guérison définitive,

## Consultations Médico-Chirurgicales

## LES CONVULSIONS DE L'ENFANCE

Pr E. AUSSET.

Les convulsions sont des accidents très fréquents chez les enfants. Symptomatiques, c'est-à-dire liées à une lésion des centres nerveux, leur traitement est de second rang. Nous ne nous occuperons que des convulsions dites idiopathiques.

**Informations cliniques.** — 1° Un nourrisson atteint de troubles gastro-intestinaux, pousse tout à coup, sans prodromes, un grand cri ; son regard fixe exprime la terreur ; il perd vite connaissance. Le visage est très rouge, puis très rapidement violacé, cyanosé, asphyxique ; la bouche est écumante ; les globes oculaires, animés de mouvements saccadés, désordonnés et rapides, se convulsent dans tous les sens, le plus habituellement en haut, de façon à ne laisser paraître que la sclérotique ; la face est grimaçante, les commissures labiales sont tirées de côté et d'autre ; la respiration semble arrêtée, le tronc est raidi, la poitrine immobile. Bientôt apparaissent des secousses des membres, des mouvements désordonnés de flexion et d'extension qui se succèdent avec une grande rapidité ; la tête est le plus habi-

tuellement rejetée en arrière ou se meut latéralement ou en rotation. Tous ces phénomènes ne durent pas une minute. L'enfant tombe ensuite dans un sommeil invincible voisin de la stupeur. C'est là un cas classique d'une *grande crise d'éclampsie infantile*.

2° Chez un autre enfant, les mouvements se limitent à une région très restreinte, la face, ou les deux membres supérieurs, ou un seul côté du corps, ou même un seul groupe musculaire et sans cri initial.

3° Enfin la crise convulsive peut n'intéresser que les muscles respiratoires et les muscles du larynx ; c'est la convulsion *interne*. L'enfant devient tout à coup très pâle, rejette la tête en arrière, convulse ses globes oculaires, la face est violacée, la respiration est arrêtée, puis, au bout de quelques secondes, un sifflement inspiratoire se fait entendre et tout rentre dans l'ordre.

**Indications pathogéniques.** — La convulsion ne survient que chez un organisme préparé, n'éclate que pour une cause donnée. La cause occasionnelle peut être une impression nerveuse périphérique, cutanée ou muqueuse (vésicatoires, sinapismes, épingles enfoncées dans les chairs, langes trop serrés, furoncles, abcès, dentition douloureuse et pénible, vers intestinaux, corps étrangers de l'oreille et du nez, application défectueuse d'un bandage herniaire, etc. -) ; mais les infections gastro-intestinales sont la cause profonde, le facteur le plus habituel de ces accidents ; d'où la fréquence des convulsions chez les rachitiques, chez les enfants dyspeptiques soumis à une intoxication digestive permanente.

Un peu plus complexes, mais réductibles à ces deux ordres primordiaux de causes, sont : la constipation, les indigestions, l'alcoolisme de la nourrice, l'hyperthermie, les fièvres éruptives, la pneumonie, l'érysipèle, etc., qui débent souvent par des convulsions. Il s'agit dans ces derniers cas d'une action toxi-infectieuse sur les centres nerveux des poisons microbiens ou autres et des microbes eux-mêmes.

Tout ce qui combattra la dyspepsie, c'est-à-dire l'hygiène de l'alimentation en résumé, diminuera la prédisposition aux convulsions ; écarter avec sollicitude les causes occasionnelles, les découvrir lorsqu'elles agissent et y porter prompt remède constituera le traitement vrai. Les accidents immédiats auxquels est exposé l'enfant durant la crise sont le guide des moyens employés pour la combattre.

**Traitement.** — **A. TRAITEMENT DE LA CRISE.** —

a) *Lors d'une crise unique.* — Avant toute chose débarrasser complètement l'enfant de ses vêtements, l'étendre sur un lit, la tête relevée ; veiller à ce que la température de la chambre ne soit pas trop chaude ; il est préférable qu'elle soit un peu fraîche ; si la saison le permet, entr'ouvrir une fenêtre. Exiger le **calme** et le **silence**, éloigner toutes les

personnes inutiles de l'entourage. **lumière des yeux du malade** : à elle la crise.

b) *Lorsque les crises se répètent*, à 35°, y plonger l'enfant en ayant bien la tête de compresses froides. Refr jusqu'à 30°. On laissera le malade bain.

Pendant qu'on aura fait préparer à six gouttes de **chloroforme** sur et on les fera inhaler, en prenant espacer les inhalations pour laisser l'enfant.

Au sortir du bain, administrer **spasmodique** suivant :

{	Assa foetida .....
{	Jaune d'oeuf .....
{	Lait .....

Pour éviter les morsures de la langue bouchon de liège entre les mâchoires.

**Ce qu'il ne faut pas faire :** 1° saignée générale ; tout au plus pour ment mettre une sangsue derrière la tête dans le cas d'éclampsie urémique, âgé et très vigoureux.

2° Ne jamais employer de révulsifs vésicatoires, les sinapismes. Ils irritent la périphérie, et peuvent ramener les crises.

**B. — TRAITEMENT D'APRÈS LA CAUSE.** — On a fait une opinion sur la cause des crises de la crise doit faire place à une thérapeutique mieux de la pathogénie.

a) *Lors de convulsions dues à des troubles digestifs*, on doit être très parcimonieux de déprimants chez ces enfants. Ils doivent être évacués ; dans ce dernier cas d'indigestion ; dans ce dernier cas poudre d'**ipéca**, diluée dans de l'eau et on ira titiller la langue pour provoquer le vomissement.

En même temps on donnera un bain tiède. Plus tard, on donnera le **calomel** mais il ne faudra jamais le donner si l'action est trop lente, et il est urgent.

Il est bien entendu qu'on mettra l'enfant au **hydrogène** pendant au moins vingt jours suivants on ne se résoudra à l'usage que très doucement et avec précaution. Il faut tout particulièrement veiller à ce que la température ne s'élève et si c'est elle qui est particulièrement élevée, on laissera jamais passer une journée sans la faire baisser naturellement ou artificiellement, ou par le froid.

b) *Dans les convulsions par hyp*

rend les plus grands  
aire de médication  
es cas étant le plus  
de quelques inhala-  
à 28°-30°. — Comme  
brusque du système  
ns un bain à 35°-37°  
t rapidement jusqu'à  
ans l'eau à cette tem-  
: unique ou isolée ; il  
n survenue, dans la  
se reproduisent fré-

uses, outre qu'on ne  
preuves certaines, —  
ent accusés à tort ; —  
ces cas de véritables  
alors, administrer le

facilement constatés,  
dans un peu de miel,  
administrer le paquet

10 à 0 gr. 30

bien et dûment con-  
le matin, donner un  
uil et d'anis, dans  
1 soupe de glycérine ;  
2 rectum le supposi-

0 gr. 15  
q. s.

l'anus, gros comme

tin à jeun, en deux

3 grammes  
30 grammes

20 grammes.

— Comme l'éclamp-  
nerveux, on devra,  
rés, surveiller atten-  
causes d'excitation  
avail intellectuel pré-  
dans le grave travers  
aturément brillants.  
éunions nombreuses  
lité par des histoires

de revenants ou autres, inventées pour les intéresser ou leur  
faire peur.

On prescrira les **toniques** : le sirop d'iodure de fer ou  
le sirop de raifort iodé. Tous les matins on imposera le  
**tub tiède**, et même froid, si l'enfant peut s'y accoutumer.

Le régime alimentaire sera l'objet d'une minutieuse  
**surveillance** : repas bien réglés, bien composés suivant l'âge.  
Proscrire le vin et la bière, l'eau pure sera la seule boisson  
ou, encore, le lait coupé.

Chez les sujets particulièrement prédisposés, et chez  
lesquels il y aura tout lieu de redouter des crises convulsives,  
on donnera les antispasmodiques au début de toute maladie  
aiguë fébrile.

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

**Bulletin annuel (5<sup>e</sup> année) de l'Office sanitaire de Lille,**  
année 1900, par le docteur STAES-BRAME, directeur. Lille,  
Le Bigot, 1901.

C'est un important travail que le directeur de l'Office sanitaire  
de Lille livre à la publicité sous forme de Bulletin. De nombreux  
documents statistiques sont réunis dans les 224 pages qui le  
composent, présentés le plus souvent sous forme de tableaux  
et accompagnés de graphiques, de cartes de la ville à grande  
et faible échelle ; aussi l'intérêt est-il grand de parcourir le  
volume et le devient-il encore davantage quand on le consulte  
dans un but déterminé. Le texte explicatif, qui est joint aux  
tableaux, mérite aussi d'être lu et retenu. Au chapitre de la  
tuberculose, les remarques abondent ; laissent même la parole  
à l'auteur, nous voyons :

« La tuberculose, sous toutes ses formes, a fait à Lille des  
ravages considérables occasionnant en 1900, 845 décès sur un  
total de 4.984, soit 17 % de décès. Ainsi,

alors que nous avons :

à Lille .....	1 décès par tuberculose sur	5,9 décès
et à Paris .....	1 id.	5,1 id.
on a à Lyon .....	1 id.	6,61 id.
Saint-Etienne .....	1 id.	9,2 id.
Nancy .....	1 id.	7,6 id.
Roubaix .....	1 id.	6,8 id.
Dunkerque .....	1 id.	11 id.
Bruxelles (ville) .....	1 id.	6,9 id.
Bruxelles (suburbain) .....	1 id.	7,8 id.
Anvers .....	1 id.	15,3 id.
Liège .....	1 id.	12,9 id.
Mannes .....	1 id.	30 id.
Londres .....	1 id.	15,5 id.
Berlin .....	1 id.	7,5 id.

et en moyenne dans les villes industrielles allemandes 1 sur 10.

Une autre étude qui a son importance, est la répartition des  
décès par tuberculose dans les différents quartiers de la ville.

Si l'on examine la carte de la ville sur laquelle sont pointées  
les décès par tuberculose, on constate qu'ils sont uniformément  
répartis et que, si quelques taches semblent vouloir ressortir,  
elles coïncident avec les quartiers où la densité de la population  
est la plus forte.

Si on examine maintenant le tableau qui donne la mortalité  
par affections tuberculeuse pour 1.000 habitants et pour 1.000

décès, on est frappé de certaines particularités : c'est ainsi que nous voyons, pour l'année 1900, par exemple, le quartier *Vauban*, quartier riche, dont les rues sont larges, bien aérées, arriver avec 284,34 décès tuberculeux sur 1.000 décès, tandis que *Wazemmes*, quartier essentiellement ouvrier, à population très dense, ne donne que 180,47 décès tuberculeux sur 1.000 décès et que pour ces deux quartiers le coefficient de décès par tuberculose donne des chiffres très rapprochés, soit : 3,73 ‰ habitants pour Vauban et 3,86 ‰ habitants pour Wazemmes ; ce qui tendrait à faire croire que si l'on meurt plus dans les quartiers ouvriers, on y meurt moins souvent par tuberculose.

La même observation peut être faite pour *Fives* ouvrier, et *Saint-Maurice*, quartier relativement riche.

191,67 décès tuberculeux sur 1.000 décès à Fives.

217,72 id. 1.000 décès à Saint-Maurice.  
et 4 ‰ habitants à Fives et 4,28 ‰ habitants à Saint-Maurice.

D'un autre côté, le *Sud*, quartier éminemment populaire, arrive avec 151,50 décès tuberculeux sur 1.000 décès et 3,80 ‰ habitants, alors que *Cantelieu*, quartier extra-muros aisé, apporte 202,18 décès tuberculeux sur 1.000 décès et 6,25 ‰ habitants.

Si l'on veut chercher jusqu'à quel point ces appréciations se justifient et établir des éléments de comparaison, il faut remarquer que la mortalité des quartiers ouvriers comporte un chiffre assez considérable de mortalité infantile et parmi celle-ci, la mortalité par athrepsie, gastro-entérite des enfants au-dessous de 1 an qui s'élève pour Wazemmes, par exemple, à 26,3 ‰ des décès. Si l'on veut rechercher et comparer le nombre des victimes de la tuberculose dans les différents quartiers, il ne faut pas faire entrer en ligne de compte ces victimes du défaut de soins et de la mauvaise alimentation. Pour arriver à apprécier les qualités plus ou moins de grande résistance des individus à la tuberculose, il ne faut comparer entre eux que ceux qui ont couru des risques et il faut éloigner ceux qui étaient condamnés à l'avance ; de même que ceux qui succomberaient à une épidémie concomitante.

Nous devons donc retrancher du chiffre total des décès, les décès par athrepsie au-dessous de 1 an.

Nous arriverons alors à ce résultat que sur 100 décès, il y a : 26,2 tuberculeux à Vauban et 23,66 à Wazemmes, 24,12 à Fives et 23,18 à Saint-Maurice, 22,42 au Sud et 23,80 à Cantelieu.

De sorte que, si nous recherchons quelle est la mortalité par tuberculose en 1900, dans les différents quartiers de la ville, nous trouvons :

	Décès par tuberculose pour 10.000 habit. :	
Cantelieu...	id.	67,40
Esquermes...	id.	56,56
Gare.....	id.	53,19
Saint-André	id.	53,05
S'-Maurice..	id.	43,81
Fives.....	id.	42,93
Hôtel-d-Ville	id.	40,98
Moulins....	id.	40,10
Wazemmes..	id.	39,48
Sud.....	id.	38,96
Vauban....	id.	38,21

Comme nous le disions au début : que si l'on meurt plus dans les quartiers ouvriers, on y meurt moins de la tuberculose.

La tuberculose sévit donc sur toutes les classes de la société

et relativement frapperait davantage la classe riche et commerçante, qu

Est-ce à dire que la classe ouvrière est plus atteinte que la classe aisée ? Evidemment non. Nous voyons, en effet, qu'elle souffre moins des décès par tuberculose ; mais, en proportion numérique, on peut dire qu'elle est plus atteinte.

Est-ce parce que la mortalité est opérée une sorte de sélection, ne laissant que les forts, les robustes, que la classe

Quoi qu'il en soit, ce qu'il faut remarquer, c'est que quelque classe de la société qu'elle soit, elle est intéressée à lutter contre cette mortalité. Elle est à peu près également menacée dans les logements ouvriers qu'elle habite et dans les breuses désinfectées.

Ceci dit pour bien montrer qu'il faut battre efficacement cette affection et que personne ne peut rester indifférent, presque également menacé. Il est évident que la tuberculose fait plus de victimes dans la classe ouvrière que dans la classe aisée, nombreuse et ensuite parce que chez elle un puissant auxiliaire

Dans ce long travail, le statisticien, le philanthrope trouveront à pu s'enrichir de ce qui concerne la météorologie, les maladies épidémiques et contagieuses, les suicides, les naissances, les recensements sanitaires, le service de désinfection, les logements insalubres, les revues municipales, le service sanitaire des enfants du premier âge, les crèches municipales, l'assistance médicale gratuite, les voyageurs dans les gares, l'octroi, l'alimentation, le maréchalage, les incendies, les secours publics, etc. etc. que cette publication continue. Tout le monde y trouve son compte.

## NOTES DE

UN CABARETIER PRÉVOYANT  
devant un mastroquet voisin du  
instant défile un enterrement ou  
— Vite, vite, Joséphine, enten  
la cave, voilà un enterrement d'

## NOUVELLES & UNIVERSITÉ

Un Concours pour un emploi  
tricale s'ouvrira le lundi 20 j  
matin, devant la Faculté de M  
Les candidats devront se



# L'ÉCHO MÉDIC.

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. CONBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; **Aussot**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique; **Barrois**, professeur de parasitologie; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur; **Carrière**, professeur agrégé; **Carlier**, professeur agrégé; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Folet**, professeur de clinique et professeur agrégé; **Guérin**, vétérinaire à l'Institut Pasteur; **Kéraval**, directeur d'Armentières; **De Lapersonne**, professeur d'ophtalmologie à Paris; **Looten**, médecin à Valenciennes; **Manouvriez**, membre de l'Académie de médecine; **Moty**, médecin du Val-de-Grâce; **Oul**, professeur de cours d'accouchements; **Surmont**, professeur interne et expérimentale; **Verdun**, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : **MM. les Docteurs :**

**INGELRANS**, chef de clinique médicale; **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la République.  
Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 5 francs.

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** : I. Calcul vésical chez un enfant. — II. Tuberculose primitive du rein droit. — Rétrécissement de l'urètre et hypertrophie de la prostate. — IV. Pyonéphrose tuberculeuse du rein droit, par le docteur **Carlier**, professeur agrégé. — A propos d'un cas d'hydrocéphalie, par les docteurs **Delbecq** et **V. Letailleur**. — CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES : L'anesthésie dans l'extraction des dents, par le docteur **Caumartin**. — SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD : Séance du 10 janvier 1902. — THÉRAPEUTIQUE USUELLE. — MOTS DE LA FIN. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### HOPITAL SAINT-SAUVEUR

#### Clinique des Maladies des Voies urinaires

(Polyclinique du Vendredi)

Par M. le docteur **Carlier**, professeur agrégé.

**I. Calcul vésical chez un enfant.** — **II. Tuberculose primitive du rein droit.** — Rétrécissement de l'urètre et hypertrophie de la prostate. — **IV. Pyonéphrose tuberculeuse du rein droit.**

#### 1. — Calcul vésical chez un enfant

Le premier malade que j'ai à vous présenter est un enfant de dix ans, originaire du Pas-de-Calais. Cet enfant a été adressé à la clinique pour des troubles de la miction dont il est facile de préciser la cause. Ce petit malade est tourmenté par des besoins fréquents d'uriner. Il souffrait surtout après ses récréations, lorsqu'il avait couru en prenant part aux jeux de son âge. Il lui était alors arrivé, mais très rarement, d'uriner quelques gouttes de sang. Les mictions sont douloureuses. Ces symptômes, très

accusés pendant le jour, sont très atténués la nuit. Le malade est très agité, il a été maintenu dans le service, où il a été maintenu sous votre attention sur cette remarque de la fréquence et de la douleur des mictions; c'est le fait des calculs de vessie et d'être repris de leurs malaises avec

Ces quelques symptômes suffisent pour confirmer ce cas l'idée d'une  *pierre vésicale* . Je vous signaler encore un autre signe comme très important et qui m'a permis de constater d'emblée chez l'enfant un calcul vésical. L'enfant calculeux, surtout si le calcul est volumineux, est souvent en proie après les mictions à des douleurs vésicales qui s'accompagnent de douleurs du côté du rectum, d'oultures et parfois prolapsus du rectum. Le malade, instruit par l'expérience, avale sur le pot pour uriner, de façon à ne pas laisser ses matières fécales. Je me suis assuré à ce moment de prolapsus du rectum des symptômes précédents chez un enfant. Je n'ai pas à un calcul de la vessie, mais ce n'est pathognomonique. Pour affirmer l'existence d'une pierre vésicale, il faut la sentir ou la voir.

Voici l'instrument de choix pour palpation, c'est l'explorateur métallique résonateur et sa courte béquille. Le malade, la vessie du petit malade dont vous avez la docilité; vous entendez à distance produit par le contact de l'instrument.



une pierre. Ce  
e dure, formée  
son volume est

l'explorateur a  
is qu'il en soit  
ouver un calcul  
ons de croire à  
r à ce que vous  
n'est pas dans  
en de la vessie.  
que droite avec  
; la sonde de  
tion, en raison  
et pas d'exami-  
ion du trigone.  
ertain trajet en  
vous consulter  
our un examen.  
ent, la vessie,  
tions partielles  
nt de prendre  
malade qui pré-  
e concluez pas  
vous ne l'aurez  
votre examen  
epos. Certaines  
oforme.

a vessie. C'est  
deux ans d'un  
e broyé. J'ai fait  
yez la cicatrice,  
de la grosseur  
que de la vessie  
e taille n'a pas  
ive que la réci-  
hypogastrique

ndant rare chez  
les vingt-deux  
r la taille, soit  
ompte de cette  
tout spécial au  
irassé de son

qu'à extraire sa  
qu'il y a deux  
e passage d'un  
opose de broyer  
velle opération  
s jours.

8. huit jours après

## II. — Tuberculose primitive du rein droit

Voici maintenant un jeune homme de dix-neuf ans, qui nous a été adressé par le docteur LAFAYE, d'Auchel. Son histoire est la suivante : Il y a environ deux ans, à la suite d'un excès de boissons, ce malade commença à avoir des *mictions un peu fréquentes et un peu douloureuses* ; il urinait toutes les deux heures environ pendant le jour, et se levait trois ou quatre fois par nuit. Le repos atténuait un peu ces symptômes, mais sans amener leur disparition.

Les urines, examinées à ce moment, furent trouvées troubles, elles le restèrent depuis lors.

Tout cela n'empêchait pas le malade d'avoir un excellent état général et de continuer son travail de mineur, lorsque, il y a quinze jours, il eut un pissement de sang. Cette *hématurie* ne s'accompagna d'ailleurs d'aucune douleur, elle persista jour et nuit pendant trois jours. Le malade, très intrigué et un peu effrayé, s'observa à ce moment et il nous déclare que son *hématurie fut totale*, c'est à-dire que l'urine de tout le jet était colorée par le sang. Le malade avait à peu près oublié ce pissement de sang, tant il en avait peu souffert, qu'une seconde hématurie se déclarait il y a six jours, c'est ce qui le décida à prendre conseil de son médecin qui nous l'adressa à la clinique.

Actuellement le malade ne présente d'autres symptômes qu'une fréquence relative de la miction, qui n'est même plus douloureuse. Le sang a disparu des urines, celles-ci, vous le voyez, sont un peu troubles et déposent à peine. Je vous fais tout de suite remarquer que ces urines sont *très peu odorantes* et qu'elles sont *acides*.

Voilà donc un malade dont l'état général est très satisfaisant, qui est apyrétique, qui ne souffre pas, dont l'appétit est conservé et qui ne présente d'autres symptômes que des urines un peu troubles, une légère fréquence de la miction, et surtout deux hématuries survenues sans cause apparente. A quel diagnostic vous arrêterez-vous ?

Si vous étiez consulté par un jeune homme de 19 ans pour une hémoptysie récente et qui a conservé un peu d'expectoration et quelques signes stéthoscopiques, vous penseriez tout de suite à la tuberculose pulmonaire. Eh bien, chez notre malade, l'idée de tuberculose est celle qui doit venir la première à l'esprit. Son hématurie peut être comparée à une hémoptysie, et sa légère pyurie à l'expectoration que vous constateriez chez un tuberculeux pulmonaire.

Poussons plus loin l'examen. Cherchons chez lui des manifestations de tuberculose. Le côté génital est intact, il n'y a rien aux épидидymes, ni à la prostate, ni aux vésicules séminales. La vessie présente une sensibilité obtuse et peu en rapport avec ce que nous savons de la tuberculose vésicale. Donc rien jusqu'ici qui puisse nous renseigner. Reste l'examen des reins.

Le malade n'en a jamais souffert. On ne sent pas le rein gauche qui reste inaccessible à la palpation, en revanche le rein droit est augmenté de volume, et son pôle inférieur descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Ce rein est resté mobile dans sa loge, et sa palpation n'est nullement douloureuse. Il n'est cependant pas douteux que c'est lui qui est la cause des hématuries survenues chez notre malade.

Il ne nous reste plus qu'à rechercher si la lésion du rein est de nature tuberculeuse. Nous ne pouvons tirer aucun renseignement de l'examen de l'appareil génital qui ne présente aucune lésion. Mais l'examen bactériologique des urines a été fait par M. HAUTEFEUILLE, chef du laboratoire annexé à la Clinique. Les urines renferment des bacilles de Koch, mais pas d'autres microbes.

J'insiste sur cette particularité que les urines ne renferment pas d'autres microorganismes que le bacille de Koch. Les associations microbiennes en effet ne sont pas moins fâcheuses, au point de vue du pronostic, dans la tuberculose urinaire que dans la tuberculose des autres organes.

Lorsque vous devrez procéder à ces examens bactériologiques des urines chez un malade que vous soupçonnez atteint de tuberculose urinaire, rappelez-vous que pour qu'il réussisse, l'examen du bacille doit être fait sur des urines acides, sur des urines fraîchement émises. C'est un tort de prélever simplement un échantillon sur l'ensemble des urines des vingt-quatre heures. Pour éviter toute cause d'erreur, nous avons l'habitude de recueillir aseptiquement les urines avec la sonde, ce moyen est le seul à employer chez la femme. En pratique, il vous suffira, chez l'homme, de vous munir d'un flacon stérilisé et d'y faire uriner directement le malade, mais faites préalablement une toilette minutieuse du méat, du gland et du prépuce, et ne recueillez pas les premières gouttes d'urine qui ont servi à balayer l'urètre. Ne négligez pas cette toilette du gland, car le bacille du smegma et le bacille de Koch se ressemblent morphologiquement et leurs réactions sont analogues. KOENIG lui-même s'y est trompé, ce qui lui fit prendre un rein sarcomateux pour un rein tuberculeux.

Le traitement de ce malade doit être chirurgical. Ses lésions sont trop avancées pour prétendre les faire rétrocéder par un traitement médical. D'ailleurs, j'estime avec ALBARRAN et TUFFIER que les lésions d'un rein tuberculeux n'ont pas à bénéficier d'une temporisation. Dans le cas qui vous est soumis, il ne saurait être question d'une néphrotomie. Comme le malade ne souffre pas et n'a pas de fièvre, ou bien il ne faut rien lui faire, ou bien il faut intervenir par une néphrectomie. Cette opération, supprimant l'organe malade, mettra la vessie à l'abri de toute contamination possible par le bacille de Koch, mais vous n'êtes autorisés à pratiquer l'ablation totale du rein

qu'après vous être assurés de l'existence et de l'intégrité du rein opposé. On ne sent pas le rein gauche par la palpation, mais l'orifice de l'urètre gauche et je plusieurs fois pour éjaculer une urine limpide, le rein gauche existe donc et de croire à son bon fonctionnement, des urines dénotent l'absence d'albumine. Par vingt-quatre heures et 15 grammes. Outre, l'injection intra-musculaire suivant la méthode d'ACHARD et C<sup>es</sup> résultats satisfaisants; le bleu est apparu dès la première demi-heure, avec deux heures, et l'élimination du bleu quatre heures au moins. Ce malade dans les meilleures conditions pour subir le traitement de choix.

L'opération a eu lieu le 19 novembre, à la Clinique. L'urètre a été sectionné entre le gland et le méat, puis le champ opératoire, puis la section carbonisée au thermocautère, et le ligament a été lié au fort catgut. Réunion par suture au voisinage de l'urètre.

### III. — Rétrécissement de l'urètre de la prostate

Ce malade est un de nos plus anciens clients; il a actuellement soixante-quatre ans, et il a été dans le service à plusieurs reprises. Il souffrait d'un rétrécissement de la prostate et en même temps d'un rétrécissement de l'urètre périnéal. Ce rétrécissement rhagique, sa cause remonte assez loin, sa dernière blennorrhagie il y a plus de dix ans.

Urétrotomisé il y a trois ans, ce malade pendant dix-huit mois parce que, sous nos soins, nous lui avions donné, il venait à la consultation externe où on lui avait introduit une bougie en gomme n° 19. Mais de ce vieillard se néglige, son urètre s'est fatigué, sa vessie s'est fatiguée d'avoir à lutter contre l'hypertrophie de la prostate et le rétrécissement est redevenu difficile, le jet filiforme est assez critique la situation du malade. Le rétrécissement de l'urètre était très réduit, et ce n'est qu'après plusieurs séances de dilatation que l'externe a pu introduire une sonde dans la vessie et en faire sortir une urine purulente. Ce malade était donc dans une situation qui en fait l'intérêt pour nous.

La dilatation a bien marché pendant que j'avais recommandé qu'on la fit à la clinique, surveillant la température. Celle-ci ne s'éleva pas, il y a cinq jours, le thermomètre marquait 38° 5, s'était-il passé? Une séance de dilatation le lendemain, mais l'élève avait sans doute

de élévation de  
C'est ce fait-là

itement par la  
oit être « dosée  
ression de M.  
par force. Son  
ur ramollit les  
it une séance  
générée que les  
suivantes le  
s bougies et ce  
si vous dépas-  
passez un trop  
s employez la  
iction est non  
sible, et si le

l, les séances  
portées, mais  
surie. La dose  
rêtre de vieux  
rce, car l'élève  
omme nombre  
est rentré dans  
s employé la  
s, le repos au  
une sonde de  
de la vessie  
ion de nitrate

minée, car on  
dent était sur-  
être était très  
velles uréthro-  
puissant anti-  
ue le drainage  
placée. Celle-ci  
es urines et de  
ans la vessie,  
ins.

#### rein droit

vice depuis un  
avec celle du  
tenir. Depuis  
puis un peu  
s hématuries  
aient troubles

tait intact, la  
rein droit était

volumineux, descendant jusqu'à l'ombilic et impossible à délimiter en haut. Aucune douleur de ce rein, ni spontanée, ni à la pression. Avec cela état général excellent, aspect de santé florissante, un appétit robuste, une apyrexie absolue. Aucun antécédent héréditaire ni personnel de tuberculose, pas de gonococcie à invoquer.

L'examen bactériologique des urines, fait à plusieurs reprises, donna toujours les mêmes résultats négatifs ; abondants globules de pus, *pas de microbe*.

Cette absence de tout microbe dans une urine purulente a sa signification, elle nous a fait penser à la tuberculose. Si la constatation du bacille de Kock a une valeur absolue, par contre l'absence, dans une urine purulente, de tout microbe, quel qu'il soit, a une valeur considérable. Chaque fois qu'il nous revient du laboratoire des analyses portant la mention : urines purulentes, aucun microbe, nous inscrivons provisoirement le diagnostic de tuberculose, et ce diagnostic se confirme le plus souvent par la suite.

Au n° 11, est couché un malade de 55 ans qui a eu autrefois des hématuries et dont les urines sont actuellement purulentes. L'analyse bactériologique donne : urines purulentes, pas de microbes, cela nous suffit pour présumer que cet homme doit avoir une tuberculose urinaire — même réflexion pour le malade couché au numéro 6.

J'ai fait à notre malade une néphrotomie. Le rein droit, très volumineux, n'était qu'un assemblage de poches remplies de pus, que j'ai incisées au bistouri ; j'ai détruit les cloisons intermédiaires pour ne laisser qu'une cavité unique et j'ai drainé.

Pourquoi donc une néphrotomie chez ce malade, et une néphrectomie chez l'autre ? La néphrotomie est en général une mauvaise opération dans la tuberculose rénale, son action n'est que palliative, et le rein reste presque toujours fistuleux. C'est cependant la seule opération permise quand le chirurgien n'est pas fixé sur l'intégrité et la valeur fonctionnelle du rein opposé. Or nous n'étions nullement fixé sur l'état du rein gauche de notre malade. L'état de la vessie nous interdisait l'emploi du cystoscope. L'analyse chimique donnait bien 19 grammes d'urée et 8 grammes 50 de chlorure par vingt-quatre heures, mais l'injection de bleu de méthylène provoquait une élimination du bleu fort sujette à caution. Le bleu apparaissait bien dans les urines dès la première demi-heure après l'injection, mais son élimination était terminée après six heures.

Sans accorder au mode d'élimination du bleu pris en injection sous-cutanée une importance de premier ordre, il faut tenir grand compte de ce moyen d'investigation au point de vue de la valeur du filtre rénal. Nous disons couramment dans ce service qu'un malade a un mauvais rein lorsque le bleu apparaît tardivement dans les urines ou encore quand son élimination dure plus de quarante-

huit heures, à plus forte raison si le bleu n'apparaît pas du tout dans les urines. Je vous engage à vous méfier aussi lorsque l'élimination du bleu, tout en étant très accusée, comme chez ce malade, est terminée en cinq ou six heures; cette élimination rapide doit vous faire craindre une dégénérescence épithéliale du rein.

C'est parce que le bleu s'était éliminé trop rapidement chez ce malade que je n'ai pas cru devoir lui enlever son gros rein. En le néphrotomisant et en drainant bien son bassinet par la plaie, j'avais des chances de dériver toutes les urines du rein ouvert et d'apprécier, par l'examen des urines de l'autre rein émises par la vessie, la valeur du rein supposé sain.

Je suis actuellement fixé sur l'état de ce rein, il me paraît suffisant pour assurer à lui seul la dépurcation urinaire et j'ai l'intention de soumettre prochainement ce malade à une néphrectomie secondaire. Au point de vue opératoire, celle-ci sera certes plus difficile qu'une néphrectomie primitive, mais elle sera entreprise dans des conditions de sécurité qu'il faut toujours rechercher en chirurgie rénale.

La néphrectomie fut difficile à cause du volume et des adhérences du rein malade. Il a fallu la faire par le procédé sous-capsulaire d'Ollier. Il n'y a eu aucun choc opératoire, la sécrétion urinaire fut normale dès le deuxième jour.

#### L'OBSTÉTRIQUE A LA CAMPAGNE :

##### A propos d'un cas d'hydrocéphalie

PAR LES DOCTEURS

H. Delbecq,  
de Gravelines (Nord),

ET

V. Letailleul,  
d'Oye (Pas-de-Calais).

Les cas d'hydrocéphalie sont chose rare dans la pratique obstétricale. Si pour s'en faire une idée on se rapporte aux statistiques des différents auteurs qui ont traité cette question, on trouve des chiffres qui varient depuis 1/900 jusque 1/4000 comme le montre le tableau suivant extrait du livre de M. le professeur CHARPENTIER :

MERRIMAN....	900 accouchements	1 cas d'hydrocéphalie	1/900
LACHAPELLE..	13.533	15 cas	1/2904
MACDONALD...	3.000	1 cas	1/3000
RAMSBOOTHAM			
KUCHER.....	12.000	3 cas	1/4000
LEVER.....	4.666	1 cas	1/466

M. CHARPENTIER, se basant sur son expérience personnelle tant dans sa pratique que dans ce qu'il a observé pendant son clinicat, tend à admettre la proportion de MERRIMAN, soit 1/900.

Cet écart entre les différentes proportions peut, semble-t-il, s'expliquer par le fait suivant, c'est que certaines statistiques émanent d'hôpitaux où se présentent tous les

accouchements où le médecin n'accouche, devant déclarer impuissant.

Quant à ma pratique, sans que j'exerce, céphalie. Les données peu abondantes, l'autre 22 mois, l'autre 22 plus grave et mé pour diverses raisons de l'observation,

#### OBSERVATION :

M<sup>me</sup> A. G..., de Gravelines, accouchement qui pas devoir se terminer de vingt-deux ans ont été mis au monde, une fille, grossesse, dont l'issue de la jambe

L'accouchement couches. Le 10 avril 1900, un male également, dégoûts ni de suites de couche

La troisième grossesse beaucoup plus pénible qui s'était montré réparé, s'est accouchée, et de variétés très riches comme externe gauche par Madame A. G... et se trouve très grande palpitations qui l'empêchent de marcher rapidement. De s'est accentué et le de douleurs, de portables.

Madame A. G... hanches bien développées, elle-même poumons sont sainement marqué, mais il volume, car les 9 août au matin complète de la po douleurs ont complus. Le palper p d'épaisseur de la p gauche, à droite de ronde qui doit être étroit supérieur. voir en aucun point fœtus, on n'arrive ne provoque aucun

Le toucher perm paume de la mai

primant fortement le fœtus, la version s'opère sans difficulté. La tête est amenée rapidement de l'occiput au pubis, et l'extraction, un peu retardée à cause de l'absence de contractions utérines, s'effectue par la manière de MAURICEAU. L'arrière-faix est presque aussitôt expulsé, et un peu de massage utérin nous donne la rétraction utérine nécessaire pour être en sécurité contre l'hémorragie immédiate.

1° du fait que le fœtus est normal et livide environ; 2° de la douleur depuis le bassin est normale, rendue plus vive par la chaleur de la nuit, je suis à l'essence qu'un peu, ma trousse manque plutôt d'être propre; 3° les trente-six heures des eaux et l'enfant ne souffre pas de la mort intra-utérine du matin, accouchement. L'ALLÈVE, d'Oye, est d'accord sur l'état de l'enfant chloroformé,

car nous l'avons déjà vu le pariétal des meilleures et de faire une à amener dans tout au moins le rœps est relatif à la branche de l'utérus d'une tête de branche ne cultes grâce au abdominale, la vis l'articulation pénible par la presque perpendiculaire vis de pressain vigoureuse. rent de rotation eure, étant alors cilement. L'eau it être utilisée; e ce temps est lement que le première traction. accouchement: LY, ou va-t-on

car nous l'avons déjà vu le pariétal

les meilleures et de faire une à amener dans tout au moins

le rœps est relatif à la branche de l'utérus d'une tête de branche ne cultes grâce au abdominale, la vis l'articulation pénible par la presque perpendiculaire vis de pressain vigoureuse. rent de rotation eure, étant alors cilement. L'eau it être utilisée; e ce temps est lement que le première traction. accouchement: LY, ou va-t-on

le Son épaisseur, le peu de place ébut à recourir. Actuellement roit supérieur, nous fait pré-

J'arrive facilement avec la main gauche à saisir les pieds du fœtus, la version s'opère sans difficulté. La tête est amenée rapidement de l'occiput au pubis, et l'extraction, un peu retardée à cause de l'absence de contractions utérines, s'effectue par la manière de MAURICEAU. L'arrière-faix est presque aussitôt expulsé, et un peu de massage utérin nous donne la rétraction utérine nécessaire pour être en sécurité contre l'hémorragie immédiate.

L'intervention a duré vingt minutes.

Lavage de l'utérus et du vagin par des injections au sublimé d'abord, à l'eau bouillie ensuite. Les suites de couches du côté utérin sont absolument normales. Mais le cinquième jour la patiente fut prise d'un violent point de côté à gauche, avec élévation légère de la température: 38° 5. L'auscultation révèle de la submatité du lobe inférieur gauche du poumon et une zone de râles sous-crépitaux fins. Au dessus, pas de souffle, au dessous, absence de murmure vésiculaire, pas de souffle. L'état du cœur est encore presque aussi défectueux que le premier jour. Le diagnostic est: embolie pulmonaire. Le lendemain, sous l'action de cataplasmes sinapisés et de quelques granules de digitaline, l'état général de la malade s'est remonté. La température atteint néanmoins 39°.

Comme un léger liseré se montre aux gencives, bien qu'il n'y ait ni salivation, ni preuve certaine d'hydrargyrisme, l'état utérin étant tout-à-fait satisfaisant, les injections sont données avec de l'eau bouillie seulement. Les jours suivants, l'état va s'améliorant. La température s'abaisse, et les phénomènes pulmonaires se dissipent graduellement. Le douzième jour la malade est revenue dans son état normal. La guérison se maintient complète.

L'examen du fœtus nous a donné comme dimensions de la tête: diamètre antéro-postérieur, 0,21 centimètres; diamètre bi-pariétal, 0,19 centimètres; tour de tête, 0,58 centimètres.

Si cette observation peut offrir quelque intérêt au point de vue de la rareté relative des cas d'hydrocephalie, elle ne laisse pas d'en offrir également à d'autres points de vue.

Tout d'abord elle prouve que dans les milieux apparemment les plus dénués de ressources, on peut arriver à mener à bien des interventions gynécologiques graves:

En effet, il a suffi de prendre les précautions suivantes pour éviter toute complication du côté d'un utérus épuisé par une grossesse fatigante, par une rupture prématurée de la poche des eaux et par une intervention longue et pénible. La douche d'ESMARCK dont on se servait était plongée, douche canule, caoutchouc, dans une grande marmite d'eau et portée à l'ébullition pendant une heure. Personne autre que mon confrère ou moi n'y touchait et lorsque l'eau bouillie pour les injections était préparée avec une scrupuleuse attention; après une sévère désinfection des mains, nous extrayons de sa marmite notre injecteur aseptique qui y rentrait aussitôt après l'injection donnée.

La complication due à l'embolie est instructive elle aussi.

Cette embolie peut être attribuée à l'état défectueux, soit de la circulation, vénérien, soit du cœur lui-même. Cette malade avait un état variqueux tout spécial, de l'œdème des jambes, disparaissant avec l'obstacle qui l'avait créé. Elle avait souffert beaucoup de sa jambe

gauche ; n'avait-elle pas eu là une phlébite qui aurait causé cette embolie ? D'autre part le cœur est en mauvais état et semble y être depuis plusieurs semaines. Mais depuis dix jours, avant l'accouchement surtout, il y a des phénomènes intenses d'oppression. De plus cette embolie ne se produit que le cinquième jour, brusquement, lorsque la malade, malgré de vives recommandations, commence à se fatiguer du séjour au lit et se donne du mouvement.

Quelle que soit la cause de cette embolie, le fait intéressant est que les accidents pulmonaires ont pu évoluer sans retentissement grave sur l'état général bien qu'alors l'antiseptie eût été supprimée pour être remplacée par une aseptie difficile peut-être, mais possible à réaliser dans un milieu défectueux à plus d'un titre.

Mais le côté le plus intéressant de cette observation nous semble être la méthode suivie pour arriver au résultat.

En effet, dans le cas présent, on ne pouvait songer à faire la version primitive et la ponction par le canal rachidien pour vider la tête et l'extraire ensuite. La poche des eaux était, au moment de l'intervention, rompue depuis 44 ou 45 heures, l'utérus absolument vidé de tout liquide. Le volume exagéré de la tête eût rendu presque impossible l'introduction de la main gauche pour aller à la recherche des pieds et, ceux-ci atteints, on pouvait à bon droit considérer comme extrêmement difficile au moins l'évolution intra-utérine du fœtus.

Dans ces conditions, à quel instrument recourir ?... Nous ne disposons que du céphalotribe de BAILLY et du forceps de TARNIER.

L'indication première qui se présente est d'amener dans l'axe du vagin une partie accessible à la ponction. Pour ce faire, le forceps semble devoir suffire et point ne semble être besoin de recourir à l'instrument, si utile sans doute, mais quelque peu brutal qu'est le céphalotribe. Le peu d'épaisseur des cuillers du forceps l'absence des défenses dont sont garnies celles du céphalotribe, nous font préférer cet instrument qui peut éviter à la patiente des contusions graves du tissu utérin. Nos prévisions sont réalisées et la tête évolue de façon à permettre la ponction.

Dès lors la question qui se pose est la suivante : Comment extraire le fœtus ? Trois manières se présentent : 1° Application de forceps ; 2° Application de céphalotribe ; 3° Version. Il est facile de se rendre compte que le forceps tel qu'il est appliqué après l'évacuation du liquide dérapera à la première traction. Il faut donc le retirer pour le réappliquer.

Les raisons qui militent contre le forceps sont celles qui nous font rejeter également le deuxième mode d'extraction, le céphalotribe. En effet, s'il est facile maintenant d'introduire les branches de ces instruments, il faut tenir compte des deux obstacles suivants :

1° La tête est encore l'utérus ne se contracte

2° La grande quantité que donne la traction craindre que les os du mobiles pour donner à mettre l'extraction de l

Dans ces conditions n et moi, pour substituer et quelque peu brutal, ment plus doux qui est version.

Celle-ci, en effet, ne l'extraction de la tête. dérée comme négligée fragments du squelette grand à l'application d

Dans le cas présent, la décision prise.

Loin de nous la pensée à la généralité. Mais notion d'un résultat heureux milieu et de sujet plutôt l'humble mesure de encore pendant d'un

## Consultations

### L'ANESTHÉSIE DA

**Informations et** traction d'une dent e particulières rares, doit dents en une même sérieuse. On ne discute dans la majorité des cas douleur. Il y a donc très dents, même dans la l'anesthésie ; cette anest

**Traitement.** — A méthode à employer da Parmi les anesthésie refroidissement, en app chlorure d'éthyle. Les au les tissus : la cocaïne, sont les principaux.

a) Chlorure d'éthyle en tubes fermés à la l permet de conserver ce



ment pas l'urgence ni la difficulté, des vraies interventions chirurgicales. Aussi, plus que pour toute autre opération, faudra-t-il se placer dans les meilleures conditions possibles. Donc, **on n'anesthésiera que des patients bien portants, exempts de toute tare organique.**

I. — Ce principe posé, on accordera l'anesthésie générale en se guidant sur les considérations suivantes :

a) *Le nombre de dents à extraire* : L'extraction d'un grand nombre de racines (au moins quatre, pour donner un chiffre), ne peut être faite qu'en plusieurs séances, même avec anesthésie locale : aux patients pusillanimes, qui ne se résoudraient que difficilement à l'extraction en plusieurs séances, on proposera l'anesthésie générale.

b) *La difficulté de l'extraction*, due soit au mauvais état des dents à extraire, soit à la contracture des mâchoires qui ne cède que très difficilement et au prix de douleurs intolérables chez un malade non endormi. C'est souvent le cas des dents de sagesse dont l'extraction, est alors difficilement supportable.

c) *La périostite alvéolo-dentaire aiguë*, qui rend illusoire l'anesthésie locale et donne à la douleur de l'extraction une acuité extrême, peut être une indication suffisante de l'anesthésie générale dans les conditions que nous avons indiquées. A plus forte raison *le phlegmon péri-maxillaire* qui nécessite, outre l'extraction d'une ou plusieurs dents, l'incision du foyer purulent.

II. — Les agents d'anesthésie générale pour l'extraction des dents sont les mêmes que pour toute autre opération : Le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote, le bromure d'éthyle. Chacun de ces anesthésiques donne entre les mains des divers opérateurs des résultats excellents ; **le meilleur est celui avec lequel on est le plus familiarisé.**

a) *Chloroforme*. — L'administration du chloroforme ne présente rien de particulier. L'anesthésie doit être poussée jusqu'à la résolution afin qu'il n'existe plus de contracture des mâchoires.

Malgré cela, ayez la précaution de vous munir d'un **ouvre-bouche**.

Le principal accident spécial qui puisse se produire est la chute d'une dent dans les voies aériennes. Pour l'éviter, **suivez toujours l'instrument avec l'index de la main gauche**, qui maintient chaque dent entre les mors du davier dès qu'elle est luxée.

b) *Ether*. — Les indications, les contre-indications, les précautions à prendre sont les mêmes que pour le chloroforme. C'est une question de préférence et d'habitude.

Un des grands avantages de l'éther dans ce cas particulier est de permettre d'opérer le malade dans la **position demi-assise**.

c) *Protoxyde d'azote*. — Cet anesthésique convient aux opérations courtes, l'extraction d'une ou quelques dents ou racines, cinq ou six au maximum.

d) *Bromure d'éthyle* auquel il tend à se donner qu'une anesthésie.

Avant de commencer l'opération, ouvrir la bouche, car la contracture persiste malgré l'anesthésie.

e) *Chlorure d'éthyle* quelque temps l'obscure. L'anesthésie est de courte durée.

Il convient d'attendre qu'il ait été plus longtemps.

En résumé, dans l'anesthésie locale à la cocaïne est.

L'anesthésie générale est plus brève ou difficile.

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE

Séance

Présidence de

Gangrène

M. Charmeil a communiqué quelques observations sur ces lésions. A ce sujet, il a guère qu'une trentaine de malades atteints de gangrènes disséminées. A ce sujet, il a communiqué quelques observations sur ces lésions. A ce sujet, il a guère qu'une trentaine de malades atteints de gangrènes disséminées.

Chez les jeunes filles, il existe une forme de gangrène au niveau des membres inférieurs, à diffuser. Les unes sont érythémateuses, d'autres enfin cicatrisées. Il doit être totalement d'idées, M. CHARMEIL a communiqué pour et contre la signification de ces lésions qu'elle n'a rien à faire. Il s'agit ici d'une connaissance relativement suggestif est évidemment employé (Sera

M. Ingelrans a observé en 1897.



qui, depuis l'instauration des règles, avait, à l'occasion d'émotions un peu vives, des plaques symétriques de gangrène cutanée au niveau de la face et des membres. La marche de la lésion était des plus rapides. En quelques heures, les taches érythémateuses se transformaient en bulbes ; puis l'épiderme soulevé se détachait et laissait à nu le derme qui ne se cicatrisait qu'en une semaine environ, sans aucune trace d'ailleurs. Aucune simulation n'était à soupçonner ; la malade présentait de temps à autre des plaques dont elle ignorait elle-même l'existence. Un traitement par le bleu de méthylène fit disparaître ces phénomènes qui n'ont plus reparu depuis quatre ans. Cette jeune fille a des stigmates d'hystérie.

**M. Surmont** a vu, avec **M. Patoir**, une jeune fille présentant des lésions cutanées plus profondes, entamant toute l'épaisseur du derme et laissant des cicatrices. Elles siégeaient à l'épigastre. L'hydrothérapie les a totalement fait disparaître. Ce cas, rapproché de celui de **M. INGELRANS**, donne à penser que le pronostic est moins mauvais qu'on pourrait le croire.

**M. Dutilleul** connaît également une jeune hystérique offrant des lésions symétriques de gangrène cutanée aux avant-bras, à la suite de violentes colères et d'émotions. Ces lésions laissent à leur place des cicatrices brunâtres.

**M. Charmeil** ajoute que chez sa première malade, il semble y avoir eu, en même temps, coïncidence d'œdème bleu hystérique à un moment donné. Chez la troisième, il a vu des hémorragies d'origine stomacale et des lésions laryngées qui ont nécessité deux fois la trachéotomie.

**M. Ingelrans** rappelle une malade qu'on croyait atteinte d'ulcère stomacal à cause des hématoméses qu'elle présentait et chez laquelle **M. COMBEMALE** avait porté le diagnostic, vérifié d'ailleurs, d'hématoméses hystériques, sans ulcère rond proprement dit.

**M. Surmont**, à ce sujet, rappelle la fréquence de l'hystérie chez les sujets atteints d'ulcère de l'estomac.

**M. Ingelrans** signale l'opinion de **GILLES DE LA TOURETTE** qui faisait de l'ulcère gastrique une manifestation hystérique ; cette interprétation ne peut sans doute s'appliquer qu'à la minorité des cas, étant donné la fréquence de l'ulcère et la rareté des gangrènes cutanées hystériques.

**M. Oui** se demande si ces gangrènes ne sont pas moins rares qu'on ne le dit ; il est probable qu'un bon nombre sont méconnues ou inédites.

**M. Patoir** insiste sur la difficulté du diagnostic, en particulier avec les polynévrites accompagnées de troubles trophiques.

**M. Charmeil** croit que le diagnostic se fait aisément, d'une façon générale, car on ne voit pas ce avec quoi on pourrait confondre ces gangrènes.

#### Fibrome de l'utérus

**M. Oui** présente un volumineux fibrome de l'utérus, développé surtout dans le ligament large droit. Au-dessous de la coque périphérique se trouvent des noyaux, de consistance assez molle, qui pouvaient faire croire à une dégénérescence maligne. Il n'en est rien ; on a affaire à du fibro-myome pur.

## THÉRAPEUTIQUE USUELLE

### Moyen de reconnaître une bonne levure

D'après la *Revue médicale de Normandie*, la levure de bière est utile dans la furonculose, la fièvre typhoïde et les gastro-entérites des nourrissons.

Comment peut-on reconnaître une bonne levure d'une levure sans valeur ? Le procédé simple, donné par **M. Jonisse** dans la *Revue des sciences physiques*, consiste à soumettre à une température de 30 degrés 30 gr. d'une solution sucrée au 10<sup>e</sup> dans laquelle on aura mis 10 grammes de levure de bière. Une bonne levure fermentera au bout de 12 à 15 minutes au maximum.

Le médecin désireux de ne prescrire que des produits dignes de sa confiance fera aisément lui-même l'essai indiqué plus haut.

## MOTS DE LA FIN

A LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT. — Le professeur, examinant une malade :

— Voilà un superbe bassin !

Un étudiant en sourdine. — Où l'on a mis des petits poissons.

Un autre étudiant. — Même que l'un d'eux a bien profité. (Lyon Médical).

## NOUVELLES & INFORMATIONS

A l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France, **M. le Secrétaire général** donne lecture de la lettre écrite à **M. le Ministre de l'Intérieur** pour lui notifier les modifications apportées aux statuts. Les termes de cette lettre sont approuvés.

Après une discussion à laquelle prennent part **MM. LIOUVILLE, BROUARDEL, SAINTON, BLACHE** et **LEREBoullet**, il est décidé que les statuts de l'Association Amicale et de la Caisse des Retraites seront publiés dans l'Annuaire et qu'un règlement intérieur fixera dans quelles conditions et dans quelles proportions des subventions pourront être accordées aux membres de ces œuvres de prévoyance.

**M. LEREBoullet** donne lecture d'un projet de règlement

sur la tenue des assemblées générales et le mode de votation. Le projet sera imprimé et distribué aux membres du Conseil.

Au sujet de la représentation du Conseil général dans les Conseils de l'Amicale et de la Caisse des retraites, il est sursis à toute délégation jusqu'à ce que le Conseil général ait été complété par l'adjonction de nouveaux membres.

M. le Secrétaire Général propose pour les vacances au Conseil général divers membres de l'Association et demande que, dans la séance prochaine, le choix des candidats à présenter au vote de l'assemblée générale soit définitivement arrêté. (Adopté).

Le Conseil vote l'attribution à l'Association amicale pour l'indemnité-maladie du don de 3.000 francs fait par M. LANNELONGUE.

Sont nommés rapporteurs : MM. SAINTON (pensions viagères), MARTIN (vœux), DE RANSE (vérification des comptes), PÉRIER (Election du président).

Des subventions s'élevant à la somme totale de 1.300 fr. sont votées aux Sociétés du Gers, de la Savoie, de la Somme et de l'Yonne.

M. le Trésorier annonce qu'il a encaissé les 115.000 fr. provenant de la vente de la ferme de Montsoutin.

**Erratum.** — Nous avons commis dans notre dernier numéro l'erreur d'annoncer que M. le docteur RICHARD, professeur d'hygiène à l'Institut Industriel, avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur, alors que c'est M. le docteur RICHARD-LESAY, qui avait reçu cette distinction. L'homonymie et les excellents services militaires de nos deux confrères expliquent notre erreur ; nous prions nos lecteurs, et surtout nos confrères, de nous en excuser.

### UNIVERSITÉ DE LILLE

*Ecole d'Amiens.* — M. BERNARD, professeur d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine d'Amiens, est nommé professeur honoraire.

— Dans la liste des **Externes des Hôpitaux de Paris** récemment publiée, nous relevons avec plaisir le nom de M. DUBURQUE, étudiant, lauréat de notre Faculté.

### UNIVERSITÉ DE PROVINCE

*Lyon.* — Ont été nommés après concours, chef de clinique obstétricale M. le docteur PLANCHU ; chef-adjoint M. le docteur VORON.

*Angers.* — M. le docteur BRIN est nommé professeur de pathologie externe, M. le docteur CARTHELET est chargé du cours de pharmacie et de matière médicale.

### Distinctions Honorifiques

**Légion d'Honneur.** — M. le docteur CONAN, médecin de 1<sup>re</sup> classe de la marine, pour faits d'armes.

— Voici la liste des médecins et vétérinaires civils

auxquels le ministre de la guerre a conféré, par décision du 4 janvier 1902, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement, depuis un certain nombre d'années, soit aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles, soit aux chevaux de l'armée.

**MÉDECINS.** — *Lettre d'éloges officiels* délivrée après dix années au moins de soins gratuits : MM. les docteurs TIÉRY, à Orchiès ; BRESSELLE, à Oisy-le-Vergier ; DELPLANQUE, à Montreuil ; DUMONT, à Marquion ; HERNU, à Auchel ; ALEXANDRE, à Arques.

*Médaille de bronze* conférée après quinze années au moins de soins gratuits : MM. LARTISIEN, docteur à Denain ; HEUTTE, officier de santé à Beaumetz-les-Loges ; HAVEZ, docteur à Bouchain ; BOULINGUEZ, docteur à Hénin-Liétard.

*Médaille d'argent* conférée après vingt années au moins de soins gratuits : MM. les docteurs PLERCHON, à Halluin ; GRUSON, à Marquise ; LEMAITRE, à Neufchâtel ; VILLETTE, à Dunkerque.

*Médaille de vermeil* conférée après vingt-cinq années au moins de soins gratuits : MM. JOLY, docteur à Fauquembergues ; DELEPOUVE, officier de santé à Heuchin.

## BIBLIOGRAPHIE

**Guide populaire d'hygiène.** — Manuel de la santé publié par l'Office sanitaire de l'empire allemand, traduit d'après la huitième édition allemande, avec l'autorisation des auteurs, par le docteur J. CRYNS, médecin-légiste à Verviers (librairie Manceaux, Bruxelles, 1901).

La librairie Manceaux qui s'est fait une spécialité de présenter au public belge et français toute une série de traductions d'ouvrages étrangers, allemands ou anglais, consacrés par le succès dans leur pays d'origine, a eu l'heureuse idée de donner une traduction française du « Guide populaire d'hygiène, manuel de la santé », publié par l'Office sanitaire de l'empire allemand... Cette traduction rendra les plus grands services, non aux médecins ou aux étudiants qui n'y trouveront que les rudiments des notions qu'ils doivent posséder, mais aux instituteurs, aux professeurs de cours d'adultes, à tous ceux, en un mot, qui ont le souci et la charge de faire pénétrer dans les milieux populaires les notions élémentaires de médecine et d'hygiène qui sont nécessaires à quiconque veut aujourd'hui se garantir lui-même et garantir les siens des mille maux inévitables qui menacent l'humanité. La pénétration de ces notions élémentaires et capitales dans les masses, aurait l'avantage aussi de les intéresser plus vivement à tout ce qui touche à la santé publique et à les amener à peser de tout le poids de l'opinion sur les pouvoirs publics si souvent eux-mêmes hésitants ou indifférents en ces matières.

Le « Guide populaire d'hygiène » est divisé en quatre parties. La première est consacrée à l'étude de l'anatomie et de la physiologie élémentaire de l'homme, la seconde à l'hygiène individuelle :

retien  
ir gar-  
ement  
vité et  
iale et  
le leur  
nts et  
cation  
atages  
t ainsi  
lui de  
Cette  
rentes  
pages.  
ctique  
quatre  
ltions  
sons),  
adies,  
ctions  
  
otions  
xposé  
es) au  
réhen-  
cience  
e, par  
ans la  
elà de  
ement  
e tout  
cteurs  
partie  
ire ne  
ulaire  
il est  
publi-  
renne  
Nous  
alle-  
giène  
érieur  
ésente  
utile,  
corps  
re du  
t être  
maxi-  
ultatif  
T.  
ision  
Elle  
  
R  
EUX

# Statistique de l'Office sanitaire de Lille

1<sup>re</sup> SEMAINE, du 29 DÉCEMBRE AU 4 JANVIER 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE					Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .					6	4
3 mois à un an . . . . .					6	4
1 an à 2 ans . . . . .					3	1
2 à 5 ans . . . . .					3	»
5 à 10 ans . . . . .					»	1
10 à 20 ans . . . . .					»	»
20 à 40 ans . . . . .					4	5
40 à 60 ans . . . . .					12	10
60 à 80 ans . . . . .					7	13
80 ans et au-dessus . . . . .					3	4
Total . . . . .					44	43

NAISSANCES par quartier						
8	12	27	20	13	14	127

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS						
TOTAL des DÉCÈS	4	16	10	7	14	89
Autres causes de décès	2	6	3	9	7	36
Homicide	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	»	»	1	»	1
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	»	2	»	»	2	8
Diarrée et érythème	plus de 5 ans	»	»	»	»	»
	de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»
	moins de 2 ans	»	2	»	1	5
Maladies organiques du cœur	2	1	1	2	»	7
Bronchite et pneumonie	»	1	1	1	3	19
Apoplexie cérébrale	»	2	3	1	1	8
Autres	»	»	»	»	»	»
Couqueuche	»	1	1	»	»	2
Croup et diphthérie	»	1	1	»	»	2
Rèbre typhoïde	»	»	1	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»
Varicelle	»	»	»	»	»	»

Réparties des décès par quartier	
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	
Gare et St-Sauveur, 27,670 hab.	
Moulins, 24,947 hab.	
Wazemmes, 36,782 hab.	
Vauban, 20,381 hab.	
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	
Esquermes, 11,381 hab.	
Saint-Maurice, 11,212 hab.	
Fives, 24,191 hab.	
Canteleu, 2,836 hab.	
Sud, 5,908 hab.	
Total.	

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBENALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; Barrois, professeur de parasitologie ; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé ; Carlier, professeur agrégé ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Folet, professeur de clinique chirurgicale ; Gaudier, professeur agrégé ; Guérin, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Kéraval, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; Looten, médecin des hôpitaux ; Manouvriez (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; Surmont, professeur de pathologie interne et expérimentale ; Verdun, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux.  
 POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Pylorectomie pour cancer ; santé parfaite de l'opéré au bout de dix-huit mois, par M. le professeur H. Folet. — Un cas d'anévrisme du canal artériel, par le professeur agrégé G. Gérard et de Chabert, interne. — Les plaies du diaphragme à gauche, par O. Lambret, professeur agrégé. — THÉRAPEUTIQUE USUELLE. — VARIÉTÉS ET ANECDOTES. — MOTS DE LA FIN. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — BIBLIOGRAPHIE. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL SAINT-SAUVEUR

M. le Professeur H. Folet

#### Pylorectomie pour cancer ;

Santé parfaite de l'opéré au bout de dix-huit mois

MESSIEURS,

De notre temps, en chirurgie, il se faut bien garder de déclarer que quelque chose est impossible ; on risque trop d'être démenti par l'événement à plus ou moins brève échéance.

Je feuilletais, il y a peu de jours, un vieux livre : la *Médecine Opératoire* de MALGAIGNE, dont le professeur Léon LE FORT a, en 1877, donné une dernière édition. Léon LE FORT était un esprit critique, ouvert, ingénieux, nullement rebelle aux nouveautés. Il écrivait pourtant, dans une note de cette édition, les lignes suivantes empreintes d'une ironie qui vise à être sanglante :

« Lorsqu'on voulait, il y a une vingtaine d'années, se » jouer de la crédulité et de la naïveté d'un jeune cama- » rade d'études, on lui racontait que tel chirurgien connu » pour ses excentricités opératoires (1), avait extirpé un » pylore cancéreux. Dans un recueil des plus sérieux, » *Les Archives de Langenbeck*, un chirurgien allemand, » GUSSENBAUER, étudie sérieusement les procédés applica- » bles à la résection partielle de l'estomac cancéreux. » Jusqu'à présent il n'a pratiqué la résection que sur des » chiens ; mais la marche que suit depuis quelque temps » la chirurgie d'outre-Rhin autorise à prévoir que l'expé- » rience ne tardera pas à être faite sur des Allemands » (2).

Eh bien ! la pylorectomie est aujourd'hui une opération non encore banale et courante (je doute qu'elle le devienne jamais, ni qu'elle soit un jour accessible à tout praticien) ; mais enfin cette opération, si dédaigneusement proclamée impraticable, elle se fait ; parfois, avec une facilité et une bénignité remarquable et au plus grand bénéfice des malades. L'homme que voici, et qui l'a subie il y a un an et demi, en est une preuve vivante.

Cet homme, qui vient nous faire aujourd'hui une visite de reconnaissance, plusieurs d'entre vous l'ont vu opérer en juin 1900. Mais combien il est intéressant de revoir ces opérés après de longs mois, au point de vue du succès thérapeutique. Je remets donc sous vos yeux son observation complète (3) :

Romain D..., âgé de 43 ans, de Saint-Martin-au-Laert,

(1) Dans l'esprit de LE FORT, ceci devait désigner MAISONNEUVE.

(2) Méd. opératoire de MALGAIGNE, 8<sup>e</sup> édition, par LE FORT, 1877, T. II, p. 420.

(3) Page 42 du cahier d'observations du service. 1900. Obs. rédigée par M. BRÉTON, interne.

et distingué confrère de mon ancien interne. Entré à l'âge de 19 ans, service de la clinique Jean, n° 12. Sans antécédents trois ans, des symptômes de maladie : gastrite alcoolique. « Ses verres le matin », ce qui me absorption double. L'opération remonte à janvier 1900.

Lieu des pituités matinales, spéciales se manifestent : Ils ont les deux jours, laissant les se composent des aliments ; le malade sent, dit-il, révoit, eu égard à sa plénitude. Les aliments de consistance les durs. Les mouvements en avant, provoquent l'égouttement prématuré. L'évacuation est précédée seulement de plénitude.

pas d'autres malaises. Jamais constipation continue.

Compagné cette symptomatologie sténose pylorique : Pesant il ne pesait plus que 130 en entrée.

perçoit, à cinq centimètres de la ligne et un peu à droite, une tumeur, assez mobile sous la palpation, d'une petite man-

stomac très dilaté, atteignant l'ombilic.

Entendu, après absorption de l'aliment, l'estomac emmagasine tous les aliments ; le malade, de donner les sur la région stomacale, inner sous la peau, en ses douleurs n'existe pas plus à l'examen. Les troubles continus.

de l'abdomen. Foie normal. Cavaux, ni péri-sternaux. passable, sauf l'amaigrissement de phlébite.

rs à forme annulaire oblique du pylore et amenant vite l'égouttement sur ce terrain pré- due à l'alcool, puisque en la tumeur de volume notable assait les parois de l'intestin. semblait nettement indiquée ; puis pour soulager le l'égouttement stomacale par sténose- soit spasmodique ou organique chimisme soient antérieurs l'estomac se comporte comme les munies d'un sphincter : par l'opération, les douleurs nocturnes se relâchent, en on disparaît. Enfin, l'inter- la marche du néoplasme par le pylore malade. J'espérais encore jeune, soulagement et je pratiquer une opération le moins du monde.

Enfin, par une large incision

dont vous voyez la cicatrice. L'abdomen ouvert, je fus surpris, — et ravi, — d'amener au dehors, et avec une admirable facilité, non seulement l'estomac dilaté, mais aussi le pylore formant une tumeur grosse comme un très gros œuf, à surface séreuse lisse et d'aspect sain, le cancer n'ayant pas encore envahi le péritoine, ni retenti sur les ganglions voisins, ainsi que me le montra une exploration digitale minutieuse. Ce pylore était vraiment engageant et vous demandait en quelque sorte de l'enlever.

La gastro-entérostomie étant faite, comme j'ai l'habitude de la faire (gastro-entérostomie postérieure, transmésocolique), je posai deux clamps, l'un sur le duodénum, l'autre sur la petite extrémité de l'estomac, et je sectionnai l'estomac, puis le duodénum ; enlevant largement la masse néoplasique, l'incision portant en plein tissu bien sain. Un double étage de sutures ferma et la section stomacale et la section duodénale. Puis je refermai le ventre. L'opération avait duré une heure dix minutes.

L'opération a fortement choqué le malade, qu'on remonte avec injections de sérum, d'éther, de caféine. Il revint très vite à lui et, le lendemain matin, l'état était fort satisfaisant.

Les suites opératoires furent très simples. Pas de température au-dessus de 37°6. Pendant deux jours, alimentation par voie rectale ; puis administration, par la bouche, de nourritures légères, lait, œufs, que l'on augmente progressivement.

Le pansement est fait dix jours après l'opération. Réunion complète. Le dix-septième jour, Romain D... était conduit en voiture à la séance de la Société de médecine du Nord, où il apportait son pylore dans un bocal. Il avait gagné en poids plus de 7 kilogr. en 15 jours et pesait 124 livres. Enfin le malade sortait de l'hôpital le 13 juillet, 22 jours après l'opération, s'alimentant bien, ayant bonne mine et pesant 134 livres.

Le pylore enlevé, fendu dans toute sa hauteur, présentait, à la place de la muqueuse, un anneau circulaire complet de 4 centimètres de longueur, hérissé de fongosités végétales qui remplissaient et obstruaient tout le calibre de l'intestin. L'oblitération devait être à peu près absolue, imperméable même aux liquides. Un morceau de ce bracelet fongueux, comprenant toute l'épaisseur de la paroi, fut soumis à l'examen de M. le professeur CURTIS et est encore à l'heure qu'il est conservé dans son laboratoire. Voici la note que m'a fait remettre à ce sujet M. CURTIS :

« Une tranche en côte de melon, coupée dans l'épaisseur du rétrécissement pylorique, laisse voir les détails suivants :

» Elle se divise en deux parties :

» L'une est occupée par les glandes pyloriques encore normales, toutefois un peu dilatées, avec un épithélium clair, bien en place, et des tubes glandulaires ramifiés à limites bien précises. Toute cette zone ne forme qu'un très petit îlot dans la coupe. Tout le reste est totalement envahi par une prolifération épithéliale de nature cancéreuse indéniable, dont les bourgeons ont dissocié toutes les couches des parois stomacales, de manière que toute topographie devient impossible.

» Tout ce que l'on peut dire est ceci :

» A la surface de la muqueuse il n'existe plus trace d'épithélium de revêtement ; l'épithélium est abrasé. De cette surface se détachent des bourgeons épithéliaux, soit pleins, soit creux, affectant une apparence glandulaire nette. Ils s'enfoncent dans l'épaisseur des parois et présentent des cavités ectasiées remplies de détritus épithéliaux. Le type de ces bourgeons rappelle la structure des glandes pyloriques, mais l'épithélium qui les revêt ne ressemble plus à celui de ces glandes. C'est un

» épithélium cylindrique disposé sur une ou quelquefois  
 » deux couches formées de cellules assez minces dont le  
 » protoplasma opaque est bourré de fines granulations.  
 » Ces cellules rappellent donc beaucoup plus les cellules  
 » principales des glandes gastriques que les cellules claires  
 » des glandes pyloriques.

» Le stroma qui sépare les bourgeons épithéliaux est  
 » formé de fibres conjonctives et fibres lisses. Il subit par  
 » places la transformation colloïde. Quant à l'extension du  
 » néoplasme, on peut dire qu'il occupe toute l'étendue des  
 » différentes parois et que les bourgeons viennent affleurer  
 » à la face péritonéale.

» Il s'agit donc bien d'un véritable épithélioma cylindrique  
 » des glandes de la région pylorique, en pleine évolution, avec,  
 » par places, dégénérescence colloïde du stroma interglandulaire.

L'observation s'arrête là sur notre registre. En voici la suite :

Le 17 août 1900, D... m'écrivait ceci :

« J'ai le bonheur de venir vous faire savoir que je continue d'aller de mieux en mieux depuis que j'ai subi l'opération du pylore, à l'hôpital de Lille, et j'ai l'honneur de vous exprimer toute ma reconnaissance, etc. »

Autre lettre du 29 novembre, trois mois plus tard :

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que, depuis ma rentrée, je continue d'aller bien et je pèse actuellement 167 livres, poids que j'avais avant ma maladie pour laquelle vous m'avez fait l'opération du pylore. »

Il a donc gagné 59 livres ou 29 kilos en 5 mois. Voici du reste la série de ses pesées, car il tient fort exactement cette comptabilité :

7 août 1900. . . . .	143 livres
3 sept. » . . . . .	149 »
20 sept. » . . . . .	154 »
12 oct. » . . . . .	159 »
20 nov. » . . . . .	167 »

Quelques jours plus tard, D... venait me voir ; il paraissait superbe de santé. Il est domestique-cocher dans un service assez doux. Se nourrit surtout de lait, œufs, légumes cuits, purées ; viande une fois par jour, surtout viande blanche. S'est une fois offert un régal de lard aux choux et ne s'en est pas mal trouvé.

Je fus huit mois sans nouvelles. En juin 1901, à une lettre de moi, le Dr DUVAL répondit par le billet que voici :

« Je suis heureux de pouvoir vous donner de bonnes nouvelles de Romain D... Il est superbe de santé : ses digestions sont parfaites, jamais la moindre douleur, jamais de vomissement. De plus, il est très vigoureux, car il travaille avec autant d'ardeur qu'autrefois.

» Depuis longtemps, il a repris l'alimentation commune, mais comme boisson il ne connaît et ne veut connaître que le lait.

» Si vous désirez le voir un jour, il se fera un plaisir de se rendre à votre invitation. »

Après avoir encore laissé s'écouler six mois, j'ai accepté la proposition et voici Romain D... que je vous présente de nouveau.

Vous voyez qu'il est toujours vigoureux et gai, et exerce sa profession de cocher-jardinier. Il continue à se nourrir surtout de purées, de viandes tendres. Comme il a d'assez mauvais appétits, aliments de mastication pesanteurs d'estomac ; mal alimentation, ses digestions.

Qu'arrivera-t-il définitivement pas de récurrence, d'atrésie du cancer ? Il faut évidemment lui enlever encore que nous ne l'avons qu'il est opéré, et 18 mois c'est une période respectable.

La pylorotomie est toujours grave ; pas très souvent après la faire que dans les cas de limitation nette du cancer, de mobilité. Lorsque le cancer envahit les parties ambiantes, qu'il y a de l'opération ne sont pas d'une cure définitive et il palliative. Il y a eu à cet égard des téméraires, ayant donné lieu l'on eût dû se contenter de à opérer radicalement que les me rappelle la première opération en 1886 : il s'agissait d'un cancer obstrué et qui se mourait de cachexie. J'hésitais à prendre la débilité du patient, que j'aurais voulu table d'opération. Je me hâtai rapidement. Il guérit, s'alimenta cinq mois et reprit du poids qui suivit l'intervention, 6 mois de l'opération, je me rendis comme le poing, était remarquablement aisément amenable hors du des parois stomacales s'élevait s'offrait à moi aujourd'hui. le malade remonté par la gravité de l'abdomen au bout d'un Ce serait vraiment là la conclusion.

Signalons en passant ce résultat dans les cas jadis les plus graves : vite tout le calibre du pylore passant à la laparotomie hâtive menaçante poussera à intervenir donc ces cas là où l'on aura un cancer bien limité, encore mobile. Au contraire, lors-



Tout l'intérêt de cette observation réside dans la dilatation anévrysmatique du canal artériel. Cette disposition très spéciale n'a été observée que rarement et en cherchant dans la littérature médicale nous n'avons trouvé que seize observations : celles de BARON (cité par THORE); de BILLARD, 1826 (cité par N. CHEVERS, *Arch. gén. de méd.*, 1847); de MARTIN ST-ANGE, 1827 (*Bull. Soc. Anat.*, p. 17); de PARISE, 1837 (*Bull. Soc. Anat.*, p. 95); huit cas empruntés à THORE, 1890 (*Arch. gén. de méd.*, p. 32), qui sont, dit-il « le résultat du dépouillement de plus d'un millier d'autopsies faites à l'Hospice des Enfants trouvés »; deux observations de RENAULT, 1870 (*Bull. Soc. Anat.*, p. 238) (1); une observation rapportée par l'un de nous dans sa thèse (G. GÉRARD. Le canal artériel, th. de Lille, 1897, p. 116) et qui montrait un anévrysme en bissac, disposition que nous n'avons retrouvée nulle part.

Il nous faut faire une mention spéciale pour le cas de R. G. HEBB, 1893 (*Transaction of pathological Society of London*, p. 45) ; ce cas (observé sur un sujet de 46 ans, mort de cardiopathie chronique, chez lequel, à l'autopsie, on trouva des dilatations anévrysmatiques de la crosse de l'aorte et, au-dessous du point d'orifice de la sous-clavière gauche, une ouverture circulaire conduisant dans un anévrysme du canal artériel, sphéroïdal, gros comme une petite noisette) ne semble pas devoir être identifié aux observations typiques et finalement toutes très semblables que nous signalons.

En effet, voici ce que tous les auteurs ont observé dans les cas d'anévrysme vrai du canal artériel : une dilatation fusiforme ou sphérique, du volume d'un gros noyau de cerise, d'un pois, d'une aveline, d'une noisette, d'un grain de café, de couleur brunâtre, de consistance assez grande, d'une longueur variant de 15 à 22 millimètres ; d'une largeur allant de 6 à 14 millimètres. Le contenu de cette tuméfaction — dont nous ne parlons pas dans notre observation, parce que nous n'avons pu encore en faire l'examen histologique, — est représenté par un caillot plus ou moins noir, plus ou moins adhérent et stratifié, ne présentant pas en général de lumière centrale.

Avec RENAULT, nous pensons que la question de l'anévrysme du canal artériel ne peut pas être mise en doute. « C'est à tort, dit-il, que les auteurs du chapitre « canal artériel » du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, ont prétendu que de pareils tumeurs n'existaient pas, et que des thromboses en avaient imposé pour des anévrysmes à THORE, BILLARD et PARISE, affirmations reposant sur ce seul argument, que ni la théorie de la circulation sanguine dans le canal artériel, ni le mode

d'oblitération de celui et le nouveau-né renouvrysmes sur ce point.

L'anévrysme existe priori d'une part, de et sa largeur avec ceux et pendant l'oblitération de quelle façon le canal prolifération de l'end finit par rétrécir la lumière complètement (cf. : WALXXXVI ; FRITZ SCHANZ 239 ; G. GÉRARD, loc. 324-337).

Quant à la pathogénèse être question de reversion du canal, soutenu tait le dépôt à la surface fibrineuse d'un blanc culaire.

Comme elle n'a été enfants, il semblerait que la vieille comparaisait certaine quantité de fluence d'une modification prolifération normale.

Cette dilatation ne avec la vie la plus ne chez l'adulte, c'est que de résorption ont transitive en ligament artionctive centrale.

### Les plaies du

pe  
professeur agrégé, chef

Les plaies du diaphragme d'un nombre relativement nombreuses, leur grande variété d'aspect, leur situation, leur étendue, leur profondeur, leur direction, leur complications, il en résulte une grande variété de lésions. J'en ai observé dernièrement une, à l'occasion de laquelle la laparotomie a permis d'observer les lésions d'organes absolument nouvelles :

Le 24 septembre 1900, M. LOURTIES et LECAT, de Lille, qui, la veille au soir, avaient fait un coup de couteau dans le diaphragme. On n'avait aucun ren-

(1) Nous n'avons pu encore nous procurer la thèse de WESTHOFF (Ueber das angeborene Aneurysma des Ductus arteriosus Botalli, Göttingen, 1873) mentionnée dans l'index-catalogue, mais qui n'est pas à la Bibliothèque universitaire de Lille.



symptômes respiratoire n'ait été vu et constaté parallèle aux issues. Cet état occlusif

rien, mais le lendemain j'arrivai à l'alarmant : rapide ; les produits. A l'autopsie ; entre le réséqué ; la gauche, la pleurale ; il y avait une submatité très prononcée ; immédiatement après l'opération j'herchai pas à bouger de poitrine. En état général, la douleur n'avait pas d'affaire avec les missements du diaphragme. Le muscle droit, l'émulsion sur le thorax, je n'en trouvais pas de submatité dans la cavité ; c'était l'ab-

ouverts enfin le diaphragme dans la cavité abdominale. L'opération se faisait facilement de la cavité d'en haut au moins par l'ouverture supérieure de l'intestin ; l'anse grêle était attirée par la main de l'opérateur ; on le verra, si je ramène le péritoine par l'aspiration, il se referme ; la poitrine ; de cette main et évident que l'opération est terminée, il n'y a pas de lésion du

diaphragme au point ; le rebord fut absolument normal. La seule opération, la seule lésion de l'intestin, aussi je n'ai pas de lésion du dia-

phragme, faisant ressortir les mèches de gaze par la plaie thoracique et je parvins de la sorte à maintenir momentanément l'estomac dans la cavité abdominale ; je drainai largement le flanc gauche et le malade fut reporté dans son lit en état de choc. Il se remit assez rapidement et pendant deux jours put s'alimenter en liquide, mais le pouls restait rapide et bientôt la péritonite généralisée était manifeste ; la mort survint le troisième jour. L'autopsie médico-légale confirma l'existence de la péritonite généralisée ; elle montra que, en dépit du tamponnement, l'estomac avait réintégré le thorax ; ni le poumon, ni l'estomac, ni l'intestin n'avaient été atteints par le couteau.

Les plaies du diaphragme ne s'accompagnent pas constamment de hernies viscérales aussi curieuses ; néanmoins elles ne sont jamais banales et elles comportent comme nous le verrons plus loin, outre un pronostic bien spécial, un traitement particulier et impératif.

Au point de vue de leur mode de production, nous retrouvons ici la division classique en plaies par armes à feu et par instruments piquants et tranchants. Quant à la voie suivie par l'agent traumatisant, c'est, dans l'immense majorité des cas, la voie thoracique ; les plaies du diaphragme sont des plaies thoraco-abdominales. Dans notre étude nous n'avons en vue que les plaies siégeant du côté gauche : celles-ci ont en effet une physionomie propre, qui tient à la communication établie entre les deux grandes séreuses, plèvre et péritoine : à droite la communication ainsi créée par le traumatisme peut être considérée comme nulle car le foie par sa masse a tôt fait d'en obturer l'orifice. Au reste, les plaies du côté gauche sont de beaucoup les plus fréquentes ; non pas comme le dit LAPALLE (1) parce que c'est de ce côté qu'est situé le point le plus élevé du diaphragme, ce qui est une erreur anatomique, mais bien plutôt parce que dans le corps à corps des rixes, le futur blessé présente son côté gauche au côté droit de l'agresseur qui a beaucoup de chances pour être un droitier puisque ceux-ci sont en majorité.

En général, la plaie extérieure occupe la paroi thoracique à la région antéro-latérale, le plus souvent en un point quelconque de la surface qui répond aux sept dernières côtes. Avant d'atteindre le diaphragme, l'agent vulnérant doit forcément léser en passant la paroi thoracique, de sorte qu'on a une plaie extérieure dont l'aspect peut être très variable et qui intéresse un ou plusieurs espaces intercostaux, les côtes, les muscles, etc., suivant le cas. A la rigueur, il est possible d'atteindre le diaphragme, sans blesser une des deux grandes séreuses qu'il sépare ; en pratique, on peut ne pas tenir compte de cette éventualité quasi théorique et qui nécessite un traumatisme peu intense portant exactement au point d'insertion du muscle.

Bien autrement intéressante est la blessure de la plèvre ; dans la grande majorité des cas, le poumon n'est pas touché, ou s'il l'est, sa lésion est minime, car le trauma-

(1) Thèse Bordeaux, 1896.

tisme porte presque toujours au niveau du sinus costo-diaphragmatique que le poumon n'atteint que dans l'inspiration très profonde. Il n'en résulte pas moins, que cette ouverture du sinus pleural a pour conséquence la production d'un pneumothorax. Trois circonstances empêchent, avec plus ou moins d'efficacité, cette complication ; ce sont : l'existence d'adhérences cloisonnant la plèvre, la grande obliquité des lèvres de la plaie extérieure et enfin l'irruption par cette plaie de viscères abdominaux, de l'épiploon surtout, d'où résulte une obturation immédiate suffisante pour s'opposer à l'entrée de l'air dans la cavité pleurale.

La plèvre pariétale étant traversée, l'agent traumatisant atteint successivement la plèvre diaphragmatique, le muscle lui-même, puis le péritoine. Il est, je pense, inutile de nous arrêter à la description de la plaie du diaphragme ; son aspect peut en effet varier à l'infini, il est sous la dépendance de la force, de la direction, de la nature de l'agent vulnérant ; toutefois il est un point intéressant à noter, c'est que l'écartement des lèvres de la plaie du muscle est d'autant plus grand que la section des fibres musculaires est pratiquée plus perpendiculairement à leur direction.

Arrivé dans le péritoine, l'agent traumatisant peut léser un ou plusieurs des organes qui y sont contenus, l'estomac et la rate surtout, l'intestin grêle et le gros intestin, des vaisseaux mésentériques ou autres ; il peut atteindre des organes rétro-péritonéaux comme le rein, le pancréas ; mais chose curieuse, la lecture des observations montre que les plaies qui atteignent le diaphragme seul paraissent au moins aussi fréquentes que celles qui s'accompagnent de lésions viscérales abdominales ; le cas que nous avons rapporté plus haut en est un bel exemple. Cela est vrai surtout pour les plaies par instrument tranchant.

Quoiqu'il en soit, nous nous supposons placé en face du cas le plus habituel, le diaphragme est transpercé et un orifice fait communiquer les cavités pleurale et abdominale. Le plus souvent nous assisterons à la production d'une hernie diaphragmatique et au passage d'une partie du contenu de l'abdomen dans la plèvre : fait intéressant, les dimensions de la plaie diaphragmatique ne paraissent pas avoir une grande influence au point de vue de la production et du volume de cette hernie, c'est ainsi qu'on a vu par un orifice créé par une balle de revolver se hernier une partie de l'estomac et du colon transverse ; dans d'autres cas, au contraire, des brèches diaphragmatiques de plusieurs centimètres ne livraient passage à aucun organe.

Il est vraisemblable que dans ces cas, la disposition primitive des lèvres de la plaie n'est pas favorable à cette migration des viscères abdominaux et qu'elle oppose une résistance suffisante à la pression abdominale ; on conçoit

d'ailleurs que l'estomac, une certaine mesure, un

D'ailleurs, presque toujours si elle ne se produit pas secondairement. Les plaies sent que très difficilement un orifice à bords fibreux et la résistance pressive qui, après section, se rétrécit dont le muscle est animé cicatrisation normale, Ce leur non seulement pas mais encore par l'expérience persiste, ou béant ou mal à livrer passage à une hernie au bout de plusieurs années initial a été pour ainsi dire effort, le malade ressent moins violente, causée par le diaphragme et si elle est blée — car, auparavant, ment plusieurs fois — à l'inspiration les symptômes digestifs et

Dès lors, les malades sont ceux chez lesquels la hernie après le traumatisme et ses complications ordinaires d'abdomen.

Il faut convenir d'ailleurs que si une fois produite, on s'attend à la fatalité de l'apparition immédiate de l'aspiration thoracique. L'intensité de l'aspiration et la rapidité avec laquelle l'air pénètre dans la moindre issue offerte sont les facteurs de la mort. Mon intervention dans l'opération haut a eu pour résultat décelable d'une autre cause de mort thoracique. Celle-ci est due à sa puissance, on l'a vue dans l'opération il était nécessaire pour empêcher l'estomac de descendre même temps que l'air qui pénètre dans la cavité thoracique. L'intensité de cette aspiration et elle mériterait d'être notée d'ailleurs, pour en avoir un pneumothorax traumatique se rend facilement compte que l'air est inspiré et expiré et l'extinction de la flamme au bout de plus de cinquante centimètres je crois, à cette aspiration

(1) Voir Nicolas KIPETTO. Th.

tel celui de l'estomac — qui le véritables désinsertions ; il mettre que l'action de la seule pour mobiliser l'estomac et étreints points d'attache vasculaires fixent, notamment au niveau même que dans certains cas — nôtre, ce passage brusque d'un nœud dans la cavité thoracique nait de la plaie du diaphragme. Mais, ne sont pas toujours réalignés le contenu des hernies sensiblement, suivant le cas ; quantité de viscères : l'estomac, un d'intestin grêle, l'épiploon la plaie extérieure, la rate ; et qu'une portion restreinte de de l'intestin.

combe pas dans les premiers déficiente, il se rétablit rapidement d'abord de sa hernie ; le pneumothorax, et le poumon, le cœur et les médiastins, s'harmonisent en leur lieu et se laisse refouler vers la droite ou la gauche, le poumon est reporté en place, d'ailleurs, des symptômes disparaissent, caractérisés par des troubles digestifs qui, peu à peu, disparaissent. Parfois il existe, d'abord des douleurs et de santé parfaite, puis, soudainement intermittent d'une anse étranglée de cette anse devenant un obstacle apporté au cours des contractions ; dans un certain nombre de cas, plusieurs anses d'intestins, dans le thorax, rester plusieurs jours ; on a même pu, dans quelques cas, le diagnostic ferme de hernie étranglée au niveau de la plaie diaphragmatique sonore et réductible avec

diaphragmatiques des observations ; mais l'étude de cette variété de ce sujet et nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage de BLUM et OMBRÉDANNE, paru à Paris, 1896.

Il ne faut pas dire que tôt ou tard elles guérissent ; les immédiates s'étranglent également d'ailleurs, lorsque la quantité d'intestin trop considérable dans le thorax, l'étranglement se fait plus vite et même la rétraction de l'anneau,

ou encore par suite de l'engagement, par exemple pendant un effort, d'une nouvelle anse intestinale.

La symptomatologie des plaies du diaphragme tient à la fois de celle des plaies de poitrine et de celle des plaies de l'abdomen ; on conçoit que nous n'aborderons pas à ce sujet l'étude de ces dernières. Un signe objectif pathognomonique c'est l'apparition, à la plaie, de viscères abdominaux. C'est principalement l'épiploon qui se présente et la lecture des observations montre que le fait est fréquent quoiqu'en dise PEYROT dans le Traité de chirurgie DUPLAY et RECLUS ; il en est de même de l'issue par la plaie d'un liquide manifestement intestinal. À leur défaut on devra rechercher la hernie diaphragmatique en s'aidant de la percussion et de l'auscultation, mais cette recherche ne sera pas souvent couronnée de succès. — L'hématurie, l'entérorragie, sont d'une grande valeur mais elle n'existent que rarement ; l'hématémèse n'indique pas d'ailleurs forcément une plaie de l'estomac, on l'a vu dans notre cas où, malgré l'intégrité de l'estomac et de l'intestin, il y a eu hématémèse et méléna ; il est probable que par suite de sa migration dans le thorax, la circulation de l'estomac s'est trouvée gênée, qu'il y a eu congestion de l'organe et hémorragies au niveau de la muqueuse ; je reconnais que cette explication est toute théorique, mais d'autre part le fait ne laisse pas d'être embarrassant. Bref, la conclusion à tirer de ce qui précède, c'est que quand elle n'est pas flagrante la blessure du diaphragme ne peut guère être que soupçonnée.

Or, en raison de son pronostic particulier, il est de la dernière importance de savoir si la plaie du diaphragme existe ou non. Aussi, lorsque la situation de la blessure extérieure permettra de penser à la possibilité de la lésion du muscle, il est absolument nécessaire de chercher à s'en assurer même au prix d'une intervention. La quasi-certitude de la production d'une hernie diaphragmatique soit primitive, soit tardive, rend indispensable en effet la connaissance de l'état du diaphragme. D'ailleurs, cette exploration constitue en somme le premier temps du traitement puisque celui-ci doit consister dans la suture de la plaie musculaire.

La question est de savoir comment doit être pratiquée cette intervention, et de quelle façon on abordera le diaphragme. Deux voies d'accès, l'abdomen et la poitrine s'offrent en effet au chirurgien : laquelle choisir ? On a sur ce sujet quelque peu discuté et à l'heure actuelle il est certain que les partisans de la laparotomie sont les plus clairsemés. Toutefois, nous pensons qu'il est imprudent d'essayer de tracer une règle fixe ; dans de pareils traumatismes qui, en somme, sont souvent dissemblables et difficilement superposables, il faut laisser au chirurgien une large initiative et le soin de discuter s'il doit aborder la plaie du diaphragme par l'abdomen ou par le thorax.

Il est des cas nombreux où l'exploration de l'abdomen s'impose à cause des lésions viscérales soupçonnées, par exemple dans beaucoup de plaies par armes à feu, surtout si le projectile a été dirigé de gauche à droite ou de telle façon qu'il a dû parcourir un long trajet dans l'abdomen. La laparotomie dans ces cas est rendue nécessaire et ne peut être discutée, car la lésion viscérale prime tout. Elle permettra, cette lésion traitée, de se rendre compte de l'état du diaphragme ; la chose est possible dans la plupart des cas ; néanmoins, surtout s'il y a du ballonnement, il faut savoir que l'exploration du diaphragme par l'abdomen n'est pas toujours très commode et que dans certains cas, non seulement la plaie du diaphragme a été méconnue, mais même des hernies diaphragmatiques sont passées inaperçues ; la présence du rebord antérieur du plastron chondro-costal, la situation très profonde de la concavité du diaphragme, la gêne considérable apportée par la présence des anses intestinales qu'on ne peut efficacement refouler, expliquent ces méprises. FONT-RÉAULX (1) se demande si on ne peut parer à ces inconvénients en mettant les malades dans une position inverse de celle de TRENDLENBURG, c'est-à-dire dans la verticale. Mais à l'heure actuelle du moins, cette méthode n'est pas d'une application pratique. On comprend que si l'exploration du diaphragme est difficile par l'abdomen, la suture de ce muscle l'est encore bien davantage ; notre observation en est une preuve de plus après tant d'autres. Néanmoins il ne faut rien exagérer, et plusieurs observations nous montrent que la laparotomie a permis non seulement une exploration efficace, mais encore la suture du diaphragme.

SHWARTZ et ROCHARD (2) ont proposé d'aborder le diaphragme par la voie thoracique, procédé opératoire déjà indiqué avant eux par PERMAN (3) et employé par POSTEMPSKI PAOLO (4). Cette voie est particulièrement lumineuse et permet une exploration parfaite du muscle, à condition de pénétrer dans la poitrine ni trop haut ni trop bas, c'est-à-dire au niveau de la 6<sup>me</sup> et de la 7<sup>me</sup> côte. Plus haut on dépasserait le niveau de la convexité du muscle ; plus bas on risquerait de compromettre les insertions du diaphragme. Ce procédé semble particulièrement indiqué dans les plaies par instruments tranchants dont l'action traumatique s'exerce dans une zone plus limitée et a des conséquences qu'on peut assez facilement déduire, surtout si on connaît l'arme employée et la profondeur approximative à laquelle elle a pénétré. Peu importe la forme de l'incision faite aux téguments, ce qu'il faut c'est faire un volet thoracique suffisamment large en réséquant la 6<sup>me</sup> et la 7<sup>me</sup> côte en deux points, de façon à mobiliser un fragment intermé-

diaire qu'on procédera à la suture du diaphragme dans le forat thoracique ; la chose est facile. Cette observation confirme la possibilité de la suture de la plaie, mais c'est ainsi qu'on peut suture la plaie diaphragmatique dans l'abdomen. On peut examiner le diaphragme par les manœuvres de réduction de la hernie. Dans certains cas, dans le thorax, dans le thorax thoracique aux lésions thoraciques, de fermer le thorax si le pneumothorax pour le malade le disait. Peut-être il est probable que tout autre Malheureusement la plaie est si grande que l'inconvénient du pneumothorax ; pas faire de pneumothorax et faut pas s'en occuper. L'ont montré que cela prouve la lésion du thorax n'est pas, rément, il est évident que l'essayer de réparer vient de la lésion de cette façon que l'intervalle de la plaie par le thorax serré, l'air ne résorber et

Enfin, il est évident que l'abdominal il faudra en compte des lésions, on s'occupe du diaphragme. Si on ne peut pas réparer, contre-indiqué pendant quelques jours,

(1) Congrès

(1) FONT-RÉAULX. — Thèse Paris, 1901.

(2) *Revue de Chirurgie*, 1892.

(3) *Revue des Sciences médicales*, 1891 (article paru à Stockholm, en 1893.)

(4) *Bulletin de l'Académie médicale de Rome*, 1890.

vote thoracique. s considérations propos des plaies abdominales, très is viscérales qui faut, à côté du trer en ligne la natique, gravité mmédiate, mais essité d'un acte agme. C'est par on primitive ou ernie redoutable ouée un jour à

## ELLE

**camenteuses**  
potion le bromure à un dégagement rate de codéine ; e produit à l'état

certaines pharma-  
olyle dans lequel m et un peu d'eau précipité d'iodhy-  
oup de matière alt nécessaire, on la morphine ; le a peut croire que été employée.

gnaler aux prati-

F.

ale de Nantes)

## NOTES

resser aux Par-  
circulaire d'une ée et de laquelle *ies, confronta-crimes.* — Les trop souvent en ction sur lesquels veux parler des vec le cadavre de es reconstitutions

de la scène du crime. L'autopsie, qui répugne le plus souvent à la famille de la victime et constitue pour elle une aggravation de sa douleur, ne doit être ordonnée que dans le cas de nécessité absolue, ou sur la demande de la famille si elle justifie d'un intérêt : on ne doit, en tous cas, en user qu'avec la plus grande réserve. Il en est de même pour les confrontations du meurtrier avec le cadavre de sa victime et la reconstitution de la scène du crime ; ces mesures d'instruction constituent pour le prévenu une torture morale contre laquelle l'humanité proteste et qu'il est presque toujours inutile de mettre en œuvre. Vous voudrez bien inviter MM. les juges d'instruction à ne recourir à un de ces trois modes d'information qu'après s'en être entendu avec vous, et en cas de difficulté entre ces magistrats et vous la question devra m'être soumise. » On ne peut qu'approuver cette circulaire.

(*Le Progrès Médical*).

### Un nouveau mode d'emploi de l'éther

M. Alb. WARDEN, dans le *Journal of american medical Association*, propose de se servir de l'éther pour arracher aux criminels condamnés l'aveu de leur crime ou de leurs complices.

L'éther serait administré comme dans les opérations chirurgicales, mais seulement jusqu'à la période d'excitation, sans aller jusqu'à l'anesthésie profonde. A cette période, on le sait, l'éther rend loquaces les gens les plus silencieux. On utiliserait ainsi cette propriété de l'éther pour forcer les criminels à dévoiler leur plus secrètes pensées. (*Médecine Moderne*).

## MOTS DE LA FIN

Un capucin souffrant fort de la pierre,

Le chirurgien lui dit d'un ton pressant :

— Mon Révérend il faut qu'on vous opère...

Le moine alors. — Risqué-je point, mon frère,

En ce cas-là de rester impuissant ?

(*Marseille Médical*).

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### Les Fraudes dans les Examens

La loi suivante ayant pour but la répression des fraudes dans les examens, vient d'être promulguée :

Article premier. — Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Art. 2. — Quiconque se sera rendu coupable d'un délit de cette nature, notamment en livrant à un tiers ou en communiquant sciemment, avant l'examen ou le concours, à quelqu'une des parties intéressées, le texte ou le sujet de l'épreuve, ou bien en faisant usage de pièces fausses, telles que diplômes, certificats, extraits de naissance ou autres, ou bien en substituant une tierce personne au véritable candidat, sera condamné à un emprisonnement de un

mois à trois ans et à une amende de 100 francs à 10.000 francs, ou à l'une de ces peines seulement.

Art. 3. — Les mêmes peines seront prononcées contre les complices du délit.

Art. 4. — L'article 463 du Code pénal est applicable aux faits prévus par la présente loi.

Art. 5. — L'action publique ne fait pas obstacle à l'action disciplinaire dans tous les cas où la loi a prévu cette dernière.

### UNIVERSITÉ DE LILLE

Sur la proposition de M. l'Administrateur surveillant de l'Hôpital Saint-Sauveur, la Commission administrative réglemente comme il suit l'allocation des prix de fin d'année aux externes des hôpitaux :

1<sup>o</sup> 10 prix de 100 fr. l'un sont répartis chaque année dans la dernière quinzaine de décembre entre les externes en exercice qui se sont fait remarquer par leur assiduité, le concours efficace donné à leurs chefs de service et l'observation des règlements administratifs.

2<sup>o</sup> Tout externe régulièrement nommé au concours peut y prétendre, si durant un an moins, il a rempli ses fonctions d'externe ou celles d'interne provisoire sans autre interruption de service que les six semaines de congé annuellement consenties. Il n'y aura d'exception que pour les externes appelés au service militaire, lesquels pourront faire compter le temps passé avant leur départ, pour compléter leur année après leur retour.

3<sup>o</sup> Cette récompense ne pourra être décernée qu'une seule fois au même externe.

4<sup>o</sup> Les candidats devront se faire inscrire avant le 10 décembre de chaque année au Secrétariat des Hospices, 41, rue de la Barre. Avant de faire l'inscription, le Secrétaire se fera remettre : 1<sup>o</sup> un relevé du registre des présences tenu par l'Administration particulière de l'hôpital ; 2<sup>o</sup> un rapport sur la conduite du candidat à l'intérieur de l'établissement ; 3<sup>o</sup> un certificat du chef de service renseignant sur la qualité des services rendus dans les salles par le candidat et sur sa tenue vis-à-vis des malades et du personnel servant ;

5<sup>o</sup> Un ou plusieurs de ces prix peuvent être attribués par la Commission des Hospices à des externes qui n'auraient pas fait acte de candidature mais qui, tout en réunissant les conditions énoncées à l'article 2, lui paraîtraient susceptibles d'être récompensés pour services exceptionnels ;

6<sup>o</sup> Les prix seront remis en argent et sans retenue à la Caisse du Receveur des Hospices, sur présentation d'un mandat dûment délivré par l'Administration ;

7<sup>o</sup> La présente réglementation sera ajoutée au règlement spécial concernant les élèves en médecine et en pharmacie des établissements hospitaliers de Lille.

— Le Concours pour deux places d'interne en pharmacie à l'Hôpital de la Charité, commencé le 15 janvier, sous la présidence de M. PIOLAIN, devant un jury composé de MM. THIBAUT, GÉRARD E., BOURIEZ, BARATTE et CARRÉ, s'est

terminé le jeudi 16 par la nomination THIBAUT qui ont fait un concours satisfaisant aux épreuves.

La question sortie, à l'épreuve écrite : *Brome, Iode — Des Sirops.*

La seconde épreuve consistait en 20 médicaments simples ou composés.

L'épreuve orale avait pour titre : *Acides. — Le Soufre.*

### HOPITAUX & HOS

Lyon. — M. le docteur BÉRARD, concours, chirurgien des hôpitaux.

### Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à de MM. les docteurs DEVERNOIX, de B. RÉGAL, de Dompierre (Vosges) ; BALL (Inférieure) ; HÉLIOT, de Chef-Bouton (Vendée) ; MAZET, de Dôme ; LE BARON, fondateur du S. de la Seine ; THOMAS, de Cognac (Ch. Châtelguyon (Puy-de-Dôme).

René FOLLET, interne des hôpitaux

### BIBLIOGRAPHIE

Guide populaire d'hygiène — Manuel de l'Office sanitaire de l'empire allemand huitième édition allemande, avec l'appui du docteur J. CRYNS, médecin-légiste Manceaux, Bruxelles, 1901).

La librairie Manceaux, qui s'est fait un nom au public belge et français toute une d'ouvrages étrangers, allemands ou a succès dans leur pays d'origine, a eu l'honneur d'une traduction française du « Guide manuel de la santé », publié par l'Office allemand... Cette traduction rendra le non aux médecins ou aux étudiants qui rudiments des notions qu'ils doivent pe tuteurs, aux professeurs de cours d'adultes, qui ont le souci et la charge de milieux populaires les notions élémentaires d'hygiène qui sont nécessaires à quiconque. garantir lui-même et garantir les siens. bles qui menacent l'humanité. La péti élémentaires et capitales dans les masses de les intéresser plus vivement à tout publique et de les amener à peser de t sur les pouvoirs publics si souvent indifférents en ces matières.

Le « Guide populaire d'hygiène » est La première est consacrée à l'étude de l'hygiène élémentaire de l'homme, la seconde

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

2<sup>e</sup> SEMAINE, DU 5 AU 11 JANVIER 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE		Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .		4	»
3 mois à un an . . . . .		4	6
1 an à 2 ans . . . . .		■	1
2 à 5 ans . . . . .		4	5
5 à 10 ans . . . . .		2	»
10 à 20 ans . . . . .		1	4
20 à 40 ans . . . . .		7	9
40 à 60 ans . . . . .		9	■
60 à 80 ans . . . . .		11	8
80 ans et au-dessus . . . . .		1	2
Total . . . . .		45	35

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS	NAISSANCES par quartier		TOTAL des DÉCÈS	
	8	11	15	103
Autres causes de décès	1	6	22	24
Homicide	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	1
Accident	»	»	»	»
Autres tuberculeuses	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse	»	»	»	1
Phthisie pulmonaire	2	3	1	20
Diarrhée et dysenterie	plus de 5 ans	»	»	»
	de 2 à 5 ans	»	»	»
	moins de 2 ans	»	»	9
Maladies organiques du cœur	1	1	1	3
Bronchite et pneumonie	1	2	4	10
Apoplexie cérébrale	»	2	1	7
Autres	»	»	»	»
Coqueluche	1	»	1	2
Croup et diphthérie	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	1	»	2
Scarlatine	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»
Varicelle	»	»	»	»

Répartition des décès par quartier	Total.
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	..
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	..
Moulins, 24,947 hab.	..
Wazemmes, 36,782 hab.	..
Vauban, 20,384 hab.	..
St-Audré et Ste-Catherine, 30,828 hab.	..
Esquermes 11,381 hab.	..
Saint-Maurice, 11,212 hab.	..
Fives, 24,191 hab.	..
Canteleu, 2,836 hab.	..
Sud, 5,908 hab.	..
Total.	103

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. CONBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; Barrois, professeur de parasitologie ; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; Carlier, professeur agrégé ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale. Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé ; Guérin, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Kéraval, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; Looten, médecin des hôpitaux ; Manouvriez (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; Surmont, professeur de pathologie interne et expérimentale ; Verdun, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

La prospérité de L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD, n'a pas fléchi en 1901, tant s'en faut. La réunion tenue le 23 courant, a montré l'accroissement régulier des recettes et des bénéfices. Le Conseil d'administration du journal, soucieux de sa réputation acquise et désireux d'accroître encore l'intimité et la communauté d'idées qui vont du lecteur à l'auteur, est résolu à faire participer ses fidèles abonnés à cette prospérité, en améliorant encore son œuvre, en améliorant toujours.

LE COMITÉ DE RÉDACTION.

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Les splénomégalias chroniques, par le docteur Deléarde, agrégé, chef du laboratoire des cliniques.

— MOTS DE LA FIN. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Les Splénomégalias chroniques

REVUE GÉNÉRALE

par le Dr A. Deléarde,

Agrégé, Chef du Laboratoire des Cliniques

Le chapitre relatif aux maladies de la rate dans les traités de pathologie se borne en général à l'étude de quelques-unes des affections aiguës de cet organe, abcès, kystes hydatiques, tumeurs, et à l'énumération des autres états pathologiques qui peuvent le frapper. Cette façon de décrire la pathologie splénique provient de ce fait qu'il est rare de rencontrer un état morbide isolé de la rate sans retentissement sur les autres organes en particulier sur le

foie. On sait en effet que toutes les infections aiguës s'accompagnent d'une tuméfaction de la rate causée par la formation au sein de son parenchyme au moment de l'invasion microbienne, d'un nombre plus ou moins considérable de leucocytes chargés de lutter contre les micro-organismes infectieux envahisseurs. Le travail de prolifération cellulaire intense amène une augmentation de volume, laquelle disparaît au fur et à mesure de la marche de l'infection vers la guérison. L'exemple clinique le plus frappant à cet égard est la modification du volume de la rate dans la fièvre typhoïde. Apparaissant dès le début de la dothiéntérie, la tuméfaction splénique augmente encore dans la période d'état et ne revient à son état normal que longtemps après la convalescence, lorsque cette période n'est pas traversée par les complications d'origine microbienne si fréquentes à ce moment.

Mais à côté de ces splénomégalias transitoires, passagères, qui naissent et disparaissent avec les infections, il est toute une série de splénomégalias que l'on pourrait appeler chroniques car elles sont durables et modifient profondément le volume, la structure de la rate.

Quelques-uns de ces états dépendent encore, les uns, d'infections comme la tuberculose, la syphilis, l'impaludisme, la diathèse lymphogène, les autres, d'intoxications ou de troubles circulatoires concomitants avec des altérations du foie.

L'histoire de cette variété de splénomégalias est éparse dans les chapitres des traités ou dans les revues. Cette dispersion nuit à la compréhension clinique des différentes classes de splénomégalias. Il faut en effet rechercher dans les maladies du sang, dans les maladies du foie, dans les



égales  
géné-  
tés des  
s.  
ssé de  
aiguës,  
à notre  
rables.  
-  
énomé-  
rganes  
ntime,  
ies qui  
abcès,  
ent.  
galies,  
menta-  
nsi que  
ent ou  
te peut  
bercu-  
menté,  
'appro-  
mies à  
ralisée  
rate est  
délimi-  
facile.  
rate est  
Lors-  
pparait  
culeuse  
compte  
inaires  
yloïde.  
lus fré-  
emiers.  
ouveau  
hez les  
ies. Ils  
linique  
pendant  
jamais

C'est surtout dans la tuberculose primitive de la rate que cet organe acquiert des dimensions notables.

Il existe deux formes de tuberculose primitive de la rate : l'une aiguë, l'autre chronique.

Les observations de tuberculose aiguë primitive sont très rares. Une seule due à SCHAROLDT est citée comme telle. Elle se rapporte à un homme de 25 ans qui fut pris brusquement d'un frisson violent avec sueurs profuses et qui ne tarda pas à succomber après avoir présenté tous les symptômes d'une infection aiguë, épistaxis, céphalée, diarrhée, hyperthermie et coma précédant la mort. Aucun organe ne paraissait présenter pendant la vie une altération capable d'expliquer le cortège symptomatique ni le mauvais état général sauf la rate qui était très hypertrophiée et qui fut trouvée à l'autopsie farcie de granulations miliaires de nature tuberculeuse.

La splénomégalie tuberculeuse chronique est plus fréquente. Les observations étaient éparses dans la littérature médicale lorsque QUÉNU et BAUDET après en avoir rencontré un cas, firent sur ce sujet une étude d'ensemble. Ils réunirent neuf observations de splénomégalie tuberculeuse. La même question revint à l'étude en 1899 à la Société médicale des Hôpitaux de Paris à l'occasion d'une communication de VIDAL et RENDU. Après eux, MOUTARD-MARTIN, LEFAS, ACHARD et CASTAIGNE apportèrent de nouveaux arguments dans le débat.

Signalons enfin la revue générale de BENDER ainsi que le nouveau cas récemment signalé par AUCHÉ. En 1897 TEDESCHI (8<sup>e</sup> Congrès de la Société italienne de médecine) avait cru à l'existence chez les détenus d'une splénomégalie qu'il appelait pré-tuberculeuse parce qu'elle apparaissait chez les individus qui succombaient au bout d'un certain temps à la tuberculose généralisée. Mais, en 1899 (X<sup>e</sup> Congrès de la Soc. italienne de médecine), cet auteur, revenant sur sa communication antérieure, reconnaissait que la splénomégalie, dite pré-tuberculeuse, n'était autre chose qu'une tuberculose en évolution dans la rate ; c'était de la splénomégalie tuberculeuse chronique.

De cet ensemble de faits on peut conclure à l'existence d'une tuberculose primitive chronique de la rate.

Quels en sont les symptômes et les formes cliniques ? Le mode de début de la splénomégalie tuberculeuse est obscur. Ce sont des douleurs vagues de l'hypochondre gauche survenant à la suite de la fatigue ou spontanément. Les douleurs peuvent s'irradier dans l'abdomen, ou même se faire sentir jusque dans le membre inférieur gauche (observation de QUÉNU et BAUDET). Elles se réveillent à la pression, c'est ainsi que la malade de QUÉNU et BAUDET les ressentait sous l'influence de la constriction du corset.

Le malade de RENDU et VIDAL, gardien de la paix de sa profession, ne pouvait supporter le port de son ceinturon, et éprouvait de violents points de côté. Toutes les obser-

vements citées par les différents auteurs notent la période de douleurs spontanées provoquées par le décubitus latéral gauche, qui précède celle des troubles généraux et attire l'attention des malades comme celle du médecin vers la région splénique. Les fonctions digestives ne tardent pas également à s'altérer. La langue saburrale provoque une haleine fétide et l'appétit est nul en général; la constipation tenace s'accompagne de coliques intestinales fréquentes. Il faut signaler les nausées suivies de vomissements, dus vraisemblablement aux poussées de péritonite localisée avec poussées fébriles de durée variable.

Pendant tout ce temps, la rate augmente peu à peu de volume et lorsque les malades se présentent à l'examen, on constate facilement son hypertrophie. Celle-ci peut atteindre des proportions considérables, peser jusqu'à plusieurs kilogrammes (3 k. 780. Observation de RENDU et VIDAL) et envahir une grande partie de l'abdomen. La percussion et la palpation la délimitent facilement et permettent de sentir une tumeur en général dure, lisse, même, de surface bosselée ou lisse à bords réguliers et légèrement mobile dans la cavité abdominale. La matité splénique remonte plus ou moins haut, en général jusque la septième ou la huitième côte. La délimitation entre le foie et la rate, sur la ligne médiane, est dans certains cas assez délicate, surtout lorsque l'hypertrophie de ce dernier organe est très marquée (observation de QUÉNU et BAUDER).

Le foie paraît suivre les variations de volume de la rate et dépasser plus ou moins fortement le rebord des fausses côtes. C'est ainsi que dans l'observation de MOUTARD MARTIN et LEFAS le bord inférieur du foie dépassait de six centimètres la limite normale sur la ligne mamelonnaire droite. Chez les autres malades l'hypertrophie était moins étendue.

Mais il faut bien reconnaître que l'hypertrophie du foie n'est pas la règle.

La présence de la tumeur splénique entraîne une déformation de l'abdomen qui est renflé surtout dans sa moitié gauche et qui peut également être le siège d'un épanchement ascitique.

L'examen complet des poumons ne décèle pas en général des lésions tuberculeuses très marquées. On a noté dans quelques observations une submatité avec respiration faible à la base du poumon gauche et un léger épanchement pleural du même côté.

L'état général ne tarde pas à devenir mauvais. La fièvre dans la période d'état ne quitte pas le sujet. Elle oscille entre 37°5 et 40° avec des rémissions de durée variable. Les troubles digestifs empêchent l'alimentation, et le malade, affaibli par une nutrition insuffisante ainsi que par les douleurs et la dyspnée qui surviennent à l'occasion des mouvements, s'amaigrit et se cachectise. Son facies est pâle, terreux, la peau rugueuse et sèche est craquelée sur toute

la surface du ventre. Les uculier.

Tels sont les symptômes cas; il en est d'autres au cas pas toujours et qui ont même formes de splénomégalie et caractérise par une hyperg seconde, plus commune, et cyanose.

La splénomégalie avec hy signalée pour la première fois collaboration de VIDAL, le d'observer un deuxième cas *des hôp.*, 2 juin 1899). Chez l'hématies atteignit dans une de 6.200.000 avec 6.000 glob Dans un examen ultérieur 5.350.000 gl. rouges et 4.50 LEFAS comptèrent jusqu'à 8. blancs dans une observation 1899). Enfin Vacquez (16 jui cas où il avait remarqué une entre 8 et 9.000.000. Malgré globules rouges, ceux-ci ne de formes géantes, ni de glo

Pour interpréter cette hyp sur la destruction du tissu s RENDU et VIDAL, croit que l centre de destruction des dans le cas de lésions tuber sa principale fonction et les détruits augmenteraient de reste hypothétique mais le existe pas moins; les recher ment démontré.

Le second symptôme, la c et VIDAL. La cyanose, dis remarquées au niveau de la d'une façon générale au ni Les pommettes, surtout la g et leur coloration tranche ne du reste de la face. Le bout le gland présentent cette parties cyanosées sont ch antérieure, SCHAROLDT avait tion et la cyanose de la face

De l'existence des trois hyperglobulie sans leucém en font un syndrome origi splénomégalie tuberculeuse rencontre ni hyperglobuli BAUDER), ni cyanose. VA

égale et de l'hyper-  
 isse de côté le symp-  
 une constance suffi-  
 ognomonique d'une  
 ster dans beaucoup  
 aladies congénitales  
 cussion a permis de  
 plénomégalie tuber-  
 ose.

égalie tuberculeuse  
 ction tuberculeuse,  
 e faire par des voies  
 ne pas dire impos-  
 bacille. Ce que l'on  
 surtout une maladie  
 parmi celles publiées

t de vue anatomo-  
 rencontrer. L'une,  
 use ou cirrhotique,  
 moins volumineuse;  
 de brides de tissu  
 de matière caséeuse  
 ou splénique qui est  
 a prolifération con-  
 tre de rares cellules  
 n'existent plus qu'à  
 les noyaux caséeux  
 le Koch n'a pas été  
 ché.

écrotique a été bien  
 ans ce cas la rate  
 és sont formées par  
 variable, mollasses,  
 ouve dans la totalité  
 ournies par du tissu  
 les éléments rappé-  
 le tumeur maligne,  
 istologique montre  
 rondies sans noyau,  
 n place on voit des  
 1. En somme, disent  
 ones grisâtres de la  
 é les différences de  
 tale de coagulation.  
 interlobulaires des  
 i que des cellules  
 t de rares bacilles  
 ité des travées con-  
 éniques.

duire des lésions de  
 non des adhérences

plus ou moins intimes avec la rate. L'ascite n'est pas la  
 règle. Le foie augmenté de volume présente parfois des  
 lésions tuberculeuses (follicules tuberculeux). Les reins  
 sont tantôt sains, tantôt parsemés de fines granulations  
 tuberculeuses.

**Pronostic:** Le pronostic est fatal à plus ou moins courte  
 échéance. Le malade succombe, soit à une cachexie  
 progressive, causée par les troubles digestifs, soit à une  
 tuberculose généralisée

**Diagnostic:** Le diagnostic de la splénomégalie tubercu-  
 leuse primitive, est toujours difficile, souvent impossible.  
 La tuméfaction de la rate constatée, il faudra la rattacher  
 à sa véritable cause, l'infection tuberculeuse. On se rappel-  
 lera que la cyanose et l'hyperglobulie rouge en sont les  
 principaux symptômes, que l'on ne rencontre pas dans  
 la leucémie ou dans la splénomégalie primitive de DEBOVE  
 et BRUHL. Dans cette dernière, l'évolution est plus lente,  
 l'état général se conserve bon pendant de longues années,  
 il y a de l'anémie globulaire. Dans la leucémie, les hémor-  
 rhagies faciles, la participation fréquente des ganglions,  
 faciliteront la différenciation, l'examen du sang tranchera  
 la question. L'examen du foie, atrophie ou hypertrophié,  
 permettra d'éliminer dès le début une splénomégalie  
 secondaire concomitante d'une affection hépatique.

**Traitement:** Le traitement sera naturellement très réduit.  
 Soutenir les forces du malade, sera la principale indi-  
 cation mais aucun moyen n'empêchera l'issue fatale.

**Syphilis.** — L'étude des altérations histologiques et des  
 modifications de volume de la rate dans la syphilis a attiré  
 depuis longtemps l'attention des auteurs. La syphilis  
 congénitale, comme la syphilis acquise, touche la rate,  
 nous avons donc à étudier les lésions de cet organe dans  
 ces deux cas.

**Syphilis congénitale.** — En 1851, DESRUILLÈS communique  
 à la Société anatomique, une observation d'enfant mort-né  
 syphilitique, chez lequel il existait une splénomégalie. La  
 rate atteignait une hauteur de onze centimètres sur cinq  
 de largeur. En 1867, SÉE Samuel (*Société Royale de médecine et de chirurgie de Londres*), rappelle l'augmentation  
 de la rate dans un quart des cas de syphilis héréditaire.  
 Pour cet auteur le développement de la rate peut servir à  
 indiquer la gravité de la cachexie; la plupart des enfants  
 qui le présentent à un haut degré meurent, quelques-uns  
 pourtant survivent; la rate diminue alors progressivement  
 de volume à mesure que la santé se rétablit. Depuis ce  
 travail, de nouveaux documents sont venus s'ajouter à ceux  
 signalés par Samuel SÉE. EISENCHITZ, LANCEREAUX, font  
 les mêmes constatations. PARROT pousse plus loin l'étude  
 de ce symptôme et dans une communication à la Société  
 de Biologie (16 novembre 1872), rapporte le résultat de ses  
 recherches. La rate saine d'un enfant de sept jours pèserait

en moyenne, d'après cet auteur, 10 gr. 7; celle d'un enfant de cinq à dix jours, 7 gr. 1; de dix à vingt jours, 9 gr. 3; de vingt à trente jours, 8 gr. 3. Chez les enfants syphilitiques PARROT a trouvé les moyennes suivantes pour la rate: à sept jours et de cinq à dix jours, 38 gr.; de dix à vingt jours, 34 gr.; de quarante à quarante-cinq jours, 21 à 30 gr.

L'augmentation de la rate chez les hérédosyphilitiques, est donc notoire, mais fait intéressant, cette hypertrophie va en diminuant, si bien, dit PARROT, que si l'enfant survit, on ne la trouve presque jamais à trois ou quatre mois.

Sur la rate ainsi hypertrophiée on constate un exsudat récent, constituant une néo-membrane analogue à celle d'une plèvre enflammée. Cette phlegmasie reste très localisée à l'enveloppe du viscère et ne se propage jamais sur les parties voisines du péritoine. La rate a conservé son aspect et sa consistance de l'état normal. Les altérations anatomo-pathologiques n'ont pas été étudiées. PARROT attribue la splénomégalie à des lésions cirrhotiques du foie, qui gêneraient la circulation intra-hépatique et secondairement la circulation intra-splénique. Nous verrons plus loin, en étudiant les splénomégalias dans les maladies du foie, ce qu'il faut penser de cette interprétation.

En 1879, CORNIL (Lec. sur la syphilis), signale également la splénomégalie de la syphilis héréditaire.

Il est bon de rappeler combien sont fréquents, chez les enfants syphilitiques mort-nés ou succombant peu de temps après la naissance, les cas de rupture de la rate ayant provoqué une hémorrhagie intra-péritonéale mortelle. On retrouve à l'autopsie une rate plus ou moins volumineuse diffluente et gorgée de sang.

**Syphilis acquise.** — Depuis peu d'années seulement (1874), l'attention des cliniciens a été attirée sur l'état de la rate dans la syphilis acquise. Rapidement, en effet, après l'inoculation du virus syphilitique, la rate se tuméfie, prend un volume plus ou moins considérable et l'on peut presque dire que cet organe est le premier touché parmi les viscères qui deviendront le siège de lésions syphilitiques. La tuméfaction de la rate dans la syphilis est une preuve de la généralisation rapide de l'infection. Cette altération est absolument l'analogue de ce qui se passe dans les infections aiguës avec toutefois cette seule différence que la splénomégalie syphilitique persiste plus longtemps que dans les autres variétés de septicémie. C'est à ce titre que dans cette revue nous nous occupons de la rate syphilitique.

En 1874, WEIL (*Deutsches Archiv für Klinische medicine*, t. 13), publie trois observations de syphilis récente avec hypertrophie de la rate qu'il a retrouvée sur vingt-cinq autres malades. Les trois sujets portaient encore des traces du chancre. On ne releva chez eux aucune maladie qui put être invoquée comme cause de cet état patholo-

gique. La même année, BE Dictionnaire de DECHAMBRE, cet organe dans la syphilis. (NIER qui n'a trouvé dans aucun que au début de la syphilis, observations cliniques, arrivent. Des recherches minutieuses une hypersplénie précoce qui même s'accompagne parfois et confondue à tort avec la pleur

LANCEREAUX considère également la rate comme constante dans la augmentation serait peu cons

En 1876 WERWER (*Deutsch*) la rate accrue 6 fois sur 79 malades à la période seconda

En 1880 GOLD (*Archiv für*) constate l'hypertrophie de la daire.

AVANZINI (*Archiv für dern*) SCHUCHTER en 1887 arrivent premier travail d'ensemble et BIANCHI (*Congrès de méd. int.*) l'auteur déclare avoir trouvé surtout pendant la période de matité serait toujours en forme la colonne vertébrale, dépassant la ligne axillaire antérieure.

WALFERT, arrive à palper la cent quatre-vingt-dix syphilitique dant la période secondaire et tertiaire. Une pareille constatation énorme et l'auteur ne tient pas cussion seule a donné une ma

En 1892, QUINQUAUD et N (*syphilis*, 1892, p. 1228), arrivent basées sur un grand nombre cours de la syphilis acquise hypertrophiée. Cette hypertrophie primaire, quelque temps après de l'adénopathie correspondant accidents secondaires. Dans le exanthématique, la rate reste travers de doigts de matité) et ment en rapport, à ce moment festations syphilitiques, il est modifié par le traitement. A la splénomégalie commence à certain nombre de sujets. Elle sauf dans le cas de syphilis ma en pleine période tertiaire. L trophie splénique ou de son

ode  
ani-  
ents  
chie  
chie  
ôme  
  
rate  
de  
uro-  
. Il  
aris,  
  
hili-  
  
rate  
hilis  
st la  
con-  
itive  
nite  
s à  
u. A  
uses  
ctif  
me.  
ener  
gane  
s le  
elles  
oix.  
imes  
  
e la  
le-ci  
lique  
rate  
siège  
tion  
s du  
itres  
nme  
met  
récia-  
ance  
le la  
cus-  
onsi-  
ues :  
liag-

**Dégénérescence amyloïde de la rate.** — La dégénérescence amyloïde de la rate peut s'accompagner d'une augmentation de volume. Cette modification reconnaît comme cause les états pathologiques ordinaires de toute dégénérescence amyloïde des organes, cachexie paludéenne, syphilis, tuberculose, suppurations osseuses prolongées.

La dégénérescence amyloïde de la rate n'a pas de symptômes propres. Comme elle se produit en même temps que celle du foie, des reins, puisqu'elle relève des mêmes causes, elle est diagnostiquée lorsque la tuméfaction splénique apparaît dans le cours des affections qui sont capables de lui donner naissance.

On sait qu'aucun traitement curatif ne peut enrayer les progrès de la cachexie qui succède à l'infiltration amyloïde des éléments nobles des viscères indispensables à la vie.

**Impaludisme.** — Je serai bref au sujet des lésions de la rate dans l'impaludisme. Les articles des traités de pathologie sont suffisamment explicites ; il suffit de s'y reporter pour trouver tous les détails nécessaires à l'étude de cette question.

Le paludisme est l'infection qui s'accompagne régulièrement de la tuméfaction de la rate. Même dans l'intervalle des accès, fussent-ils peu fréquents, il est rare que le volume de la rate ne soit pas augmenté. Un seul accès de fièvre paludéenne ne laisse pas cet organe intact ; on sait, en effet, qu'il sert de repaire aux hématozoaires. La pulpe splénique au moment de l'accès pullule de parasites.

Nous avons à signaler la splénomégalie dans l'impaludisme aigu et dans l'impaludisme chronique.

**Impaludisme aigu.** — La rate est fortement augmentée de volume et de poids, elle prend une forme globuleuse. La pulpe splénique de teinte brunâtre est molle, diffuse, maintenue par une capsule amincie. L'examen microscopique montre le pigment sous forme de granules, bruns ou noirs, plus ou moins nombreux et les éléments parasitaires, notamment les formes en croissant. Lorsque le sang ne contient pas d'hématozoaires on en trouve dans la rate.

**Impaludisme chronique.** — La splénomégalie est encore plus marquée que dans l'impaludisme aigu. Le poids de la rate peut atteindre 1 kil. ; ses dimensions moyennes sont de vingt à vingt-cinq centimètres de haut, sur autant de large. La capsule est épaissie, parsemée de brides fibreuses, la consistance est dure. Le parenchyme est ferme, de couleur rougeâtre. Les travées fibreuses sont très développées. Le pigment mélanique se rencontre dans la pulpe ainsi que dans les gaines périartérielles.

Enfin, dans la cachexie palustre, le volume de la rate est encore augmenté. On a cité des observations dans lesquelles la rate pesait jusqu'à 2 kil. 500. L'organe est

hypérémie, il est atteint de sclérose interstitielle et parenchymateuse. Le pigment est déposé dans les grandes cellules de la pulpe et des sinus, là où la structure glandulaire est conservée.

Les antécédents des malades qui ont séjourné dans des régions à impaludisme, ainsi que les caractères des poussées fébriles intermittentes permettront un diagnostic facile, que viendra du reste confirmer l'examen du sang ou de la pulpe splénique dans lesquels on rencontrera les formes très connues de l'hématozoaire de LAVERAN, ou les pigments ferrugineux qui proviennent de la destruction des hématies.

Le traitement classique de l'impaludisme par les sels de quinine dans les formes aiguës, par la quinine, et l'arsenic dans les formes chroniques et cachectiques sera avec l'hydrothérapie à employer d'après les règles établies.

**Splénomégalias et lymphatisme.** — Dans ce chapitre, nous avons à passer en revue un certain nombre de variétés de splénomégalias différenciées les unes des autres par les auteurs qui les ont décrites, mais que les progrès de la clinique et de l'anatomie pathologique ont permis de réunir en un seul groupe. En effet, la splénomégalie primitive de DEBOVE et de BRUHL, le cancer primitif de la rate ou maladie de GAUCHER ne sont que les premiers stades des splénomégalias de la diathèse lymphogène qui se termineraient, si la survie du malade permettait une observation d'assez longue durée, par la lymphadénie et en dernier ressort par la leucocythémie. On sait, en effet, que la rate est l'organe dans lequel se forment les cellules lymphatiques. L'hypertrophie de la rate amène une augmentation dans la production des leucocytes, mais ceux-ci ou bien restent enfermés dans les mailles du tissu splénique, ou bien se déversent dans la circulation générale et provoquent la leucocythémie. Dans une période intermédiaire à ces stades de début et de terminaison, il existe un état pathologique, la lymphadénie, où le processus qui s'était d'abord localisé à la rate, envahit tous les ganglions lymphatiques qui s'hypertrophient et forment dans la région du cou, en particulier, des tumeurs plus ou moins volumineuses.

Cette manière d'envisager le groupe pathologique des splénomégalias de nature lymphatique, n'est pas nouvelle. JACCOUD l'a signalée dans une leçon clinique sur la diathèse lymphogène (*Sem. méd.*, 1892) et VIREZ, dans une Revue générale (*Gaz. des Hôpit.*, 1897), l'a admirablement exposée.

Voyons donc les différentes formes cliniques de splénomégalias de la diathèse lymphogène.

En 1882, GAUCHER décrivait dans sa thèse inaugurale, sous le nom d'*épithélioma primitif de la rate*, une hypertrophie idiopathique de la rate sans leucémie. Cette hypersplénie est caractérisée par une hypertrophie progressive de la rate à marche lente, sans fièvre, sans leucémie, sans ascite, sans hypertrophie ganglionnaire, indépendante de la leucocythémie et de l'infection paludéenne.

Cette affection splé de la maladie est ins leur sourde dans la r tion de l'hypochondi régulière, totale et l'organe atteignant d ser la région sous-om fosse iliaque gauche. GAUCHER était de 4 k. variations de celui de son hypertrophie, qu côtes que de quelque déforme par suite de aucun moment la cav épanchement ascitiqu

La douleur provoq prolongée, augment forme de crises. La d les palpitations cardia à la compression ex organes abdominaux symptômes, dus à l'e l'épistaxis, les hém ramollissement des et saignent facilement dépendant des lésio pigments biliaires de

L'examen du sang nombre de globules inférieure à la norm leucémie, ni hypertre

La durée de l'affect vingt-sept ans dans le aux progrès de la cach tuberculose, pneumo

Rien de connu au retrouve dans les anté ni de syphilis.

*Anatomie pathologi* la rate montre une en est induré, sclérosé. I à GAUCHER de constati rate normale étaient munies d'un noyau. Le étaient étouffés par la de MALPIGHI n'étaient d'évolution, dit GAUCHE néoformées résultaie directes des épithéliu C'est pourquoi j'ai doi histologique d'épithél

Dans d'autres cas ot

m. méd., 1892), les mêmes ont été retrouvés.

écrite pour la première méd., 1891, p. 673 et 1892 l'auteur précité veut faire able des autres splénomérvations antérieures de ALICH, de GRIESINGER, de N. BRÜHL, ajoutant un cas mémoire la maladie qui pare la description qu'il ique qu'il étudie, d'après ie desplénomégalie signa-pithélioma primitif de la entre les deux affections part et d'autre, c'est le hypersplénie avec anémie rrrhagies cutanées et des idérable du foie, troubles isive après une durée de ie anatomo-pathologique, chement très net La rate nce est ferme, la capsule avées fibreuses qui sillon-ction complète des capsu-njonctive formée de peti-nt la place des éléments dont la lumière est forte-cirrhose périvasculaire. pé GAUCHER qui, en 1892, tion de DEBOVE à la Soc.

la maladie étudiée par la description et montra UHL n'était autre chose de la rate sans leucémie thèse de 1882.

aphique des deux affec-ar ni l'étiologie, ni la pa-e peuvent apporter des

qu'à l'étranger, GAUCHER LAMOND (*Archives générales* EST, COUPLAND, TAYLOR, BENVENUTI (9<sup>e</sup> Congrès de e), des observations nom-ve ont été publiées. Les ens concordent tous avec ie globulaire et l'absence ue la cachexie finale qui rimitive le nom d'anémie

lle primitive par l'extir-

pation de la rate a été essayé par plusieurs chirurgiens et a donné des résultats (voir Th. VANVERTS, Paris 1897). Le traitement médical recommandé par GAUCHER consiste à donner du fer et de l'arsenic qui ont amené une guérison chez un malade observé par GAUCHER et MICHAUX. KOESTER en Allemagne a obtenu d'excellents effets thérapeutiques avec les inhalations d'oxygène. Sous leur influence la rate diminue de volume, l'examen du sang montra une augmentation progressive des hématies. De 770.000 avant le traitement, le chiffre de globules rouges monta à 3.830.000 au moment de la sortie de la malade de l'hôpital.

Dans sa thèse inaugurale, LUZER (Th. Paris 1891, n° 113) étudie une affection que l'on rencontre chez l'enfant et à laquelle il donne le nom d'*Anémie infantile pseudo-leucémique*. Il la définit de la façon suivante : « c'est une maladie à évolution subaiguë plutôt que chronique, spéciale aux nourrissons, laquelle se développe insidieusement sans cause actuellement connue et se caractérise cliniquement à sa période d'état par une anémie grave avec augmentation du volume de la rate et du foie, par la présence dans le sang d'un grand nombre de cellules rouges, dont beaucoup présentent des phénomènes de karyokidèse et par une augmentation modérée du nombre des globules blancs ». La lésion du sang la différencie des espèces connues de leucocythémie et l'absence de tuméfactions ganglionnaires la sépare nettement de l'adénie.

Le début de la maladie, toujours insidieux, se manifeste par un affaiblissement général et quelques troubles gastro-intestinaux. La période d'état est rapidement instituée. L'enfant apathique, indolent, est plongé dans une asthénie généralisée ; il cherche le repos, les mouvements lui sont pénibles. La pâleur des téguments et des muqueuses contraste avec une bouffissure de la face et du corps. Un œdème mou et incolore se localise aux membres inférieurs. Le ventre est développé et distendu par l'hypertrophie énorme de la rate et du foie. La splénomégalie atteint des proportions parfois considérables, la rate peut descendre jusqu'à la crête iliaque. De consistance dure, elle conserve sa forme générale et la palpation n'est douloureuse que si elle s'entoure de péri-splénite.

Le foie est moins hypertrophié que la rate. Il y a souvent de la gastro-entérite qui, avec le purpura, les épistaxis et les hémorrhagies multiples marquent la période terminale de la maladie.

La marche de l'affection est assez lente, elle peut durer une année. La cachexie progressive, avec les symptômes d'urémie et les hémorrhagies multiples sont les modes de terminaison. On a toutefois cité des guérisons obtenues par le fer et la quinine.

Le diagnostic de cette forme est assez facile lorsqu'on a éliminé la syphilis et la tuberculose. L'absence de tuméfaction ganglionnaire fera rejeter l'adénie, comme le

nombre relativement peu élevé de globules blancs dans le sang permettra de ne pas s'arrêter au diagnostic de leucocythémie.

Dans les splénomégalias précédentes, les ganglions lymphatiques restaient sains, l'absence de leur hypertrophie et de la leucémie étaient même la caractéristique des affections que nous venons de signaler. Dans le second groupe, l'hypertrophie gagne tout le système lymphatique ou bien reste localisée à un certain nombre de ganglions. Mais la leucémie manque tout au moins au début de la maladie. C'est la *lymphadénie ganglionnaire généralisée*, encore appelée *adénie* de TROUSSEAU, maladie de HODGKIN, *lymphadénie* de BONNILL, *lymphocytome aleucémique chronique*. Le début de la lymphadénie généralisée ne se fait pas invariablement par la rate, les ganglions lymphatiques de la région du cou peuvent se prendre les premiers et le processus envahir secondairement et plus ou moins rapidement tout le système lymphatique. Dans le 1/3 des cas, la rate est touchée et acquiert un volume énorme. Les ganglions atteints sont d'abord indolents, faiblement accrus, mobiles, puis peu à peu leur volume augmentant tout le groupe ganglionnaire se prend en une masse volumineuse bosselée, dure, adhérente. Ce sont les ganglions du cou qui s'hypertrophient les premiers et l'on connaît l'aspect que présentent les individus atteints de lymphadénie. Les symptômes de la lymphadénie généralisée sont de deux ordres: les uns sont dus à la compression qu'exercent sur les organes voisins les ganglions tuméfiés, et varient naturellement suivant les régions; la gêne circulatoire provoque des œdèmes périphériques et de l'ascite. La compression des filets nerveux amène des douleurs lancinantes. L'hypertrophie des ganglions médiastinaux fait apparaître tous les signes des tumeurs du médiastin: dyspnée, altérations de la voix, toux quinteuse, œsophagisme. On a noté l'ictère par obstacle à la libre circulation de la bile dans les canaux biliaires par les tumeurs ganglionnaires mésentériques.

Les autres symptômes sont sous la dépendance de la nature profondément dépressive de la maladie. L'asthénie et une grande apathie morale ne tardent pas à se montrer, puis les forces baissent davantage par suite de l'anorexie. L'amaigrissement et la pâleur des téguments donnent un faciès particulier. Le sang normal au début offre une anémie globulaire plus ou moins avancée sans augmentation du nombre de leucocytes. Ce n'est qu'à la période terminale que la leucémie apparaît. Mais ce mode de terminaison n'est pas obligatoire et le malade peut succomber sans avoir présenté de leucémie. L'évolution de la maladie est variable. Elle dure de quelques mois à trois ans au plus, mais elle est fatalement mortelle et la terminaison se fait par suite du progrès de la cachexie. Des accès fébriles d'intensité moyenne qui s'ajoutent aux hémorrhagies

gingivales, au purpura, à la p... peu à peu le malade à la période laquelle ils s'éteignent doucement.

Sous le nom de *lymphocytose* ou encore de *pseudo-leucémie rémittente chronique*, PAL et observations de plusieurs cas de la maladie a duré quelque équivalent à la leucémie aiguë, gique qui ne montra pas de gl... La marche aiguë et rapide, d'infections intercurrentes, évolue caractérisés par des adénopati... mégalie plus ou moins volumineuse la plèvre et le poumon. La marche générale et rapide des formes secondaires dont la fièvre qui... nale est un des signes.

Il ne faut pas confondre les formes précédentes. Dû à la présence de lymphocytes, il peut venir coïncider avec une leucémie chronique. La tumeur des ganglions d'une région déterminée (axillaire, inguino-crurale, thoracique, etc...), ou encore les tumeurs muqueuses (pharynx, intestin), ou d'un organe (rate). Il s'étend aux enveloppes ganglionnaires, à des organes voisins, englobe les nerfs mais, fait important, n'a pas de métastase viscérale, car il épargne la masse ganglionnaire voisine agglomérée et ne forme qu'une masse molle.

Le lymphosarcome est de nature maligne en un laps de temps qui varie de quelques semaines à quelques années. Les phénomènes de compression exercent une importance plus ou moins grande selon le siège de la tumeur.

Une observation publiée par... sur les maladies du sang représente un cas de lymphosarcome. Sous le nom de *splénomégalie*, cet auteur rapporte le cas d'un homme de 36 ans dont la maladie avait commencé par une poussée fébrile généralisée à tout le corps. La tumeur était indolore à la palpation. Le malade présentait les signes d'un épuisement il avait des vomissements incessants toute alimentation, de la fièvre, des éléments du sang ne tenaient pas ensemble. Il n'y avait pas de



et le malade succomba en utopsie démontra une rate capsule présentait des plaie couleur blanc-jaunâtre, is.

points de la rate laissaient masses blanchâtres, dures, râclage. Au niveau du ganglion hypertrophié, les tites tumeurs dures, blansolés ou réunies en amas ; primait le duodénum. Les rtrophiés et fusionnés entre. Au niveau de la cuisse ioral, on trouva une masse slait celui des tumeurs ganque des tumeurs permit de npho-sarcome. DUGUET en ait relaté une observation

oupe clinique de la diathèse dans lequel les leucocytes les hématopoiétiques, rate, envahir la circulation générale grande abondance aux nale de l'infection lymphame général qui convient à ée le cancer du sang.

confus de la question dans les premiers en date (1847), r des observations de NROUS diviserons, à l'exemple x variétés d'après les caract pathologiques et cliniques. e également par SABRAZÈS *médecine de Lille, 1899.*

u myélocytaire ou myélosplénique (HAYEM), due à la moelle des os, avec état ts organes, parmi lesquels

ou lymphocythémie, due à des territoires hématopoiésinsidérable du nombre des

abdivisions :

e.

appelée à cause de la prédoocytes ou cellules mononu, entrent normalement dans

la moelle osseuse. Leur chiffre peut atteindre 50.000 par millimètre cube. L'augmentation des autres formes de globules blancs est également la règle, ainsi que la présence de globules rouges nucléés.

Le début est insidieux, on ne relève aucun symptôme caractéristique et la maladie ne se dévoile que lorsqu'elle est déjà constituée. C'est un affaiblissement général, une tendance aux hémorragies, un gonflement de l'abdomen, une douleur à l'hypochondre gauche. L'appétit diminue, la diarrhée alterne avec la constipation, la température est sujette à des exacerbations sans cause bien appréciable.

La rate est considérablement augmentée de volume. Le palper abdominal permet de la délimiter facilement. Elle occupe toute la moitié gauche du ventre, ses bords sont saillants et découpés, sa surface lisse ; de consistance élastique elle est légèrement douloureuse au palper. L'engorgement ganglionnaire des régions classiques provoque la formation de tumeurs de grosseurs variables. Les hémorragies sont très fréquentes, l'hémophilie est la règle. Enfin la composition anormale du sang qui est la cause de ces effusions sanguines provoque également des obstructions vasculaires.

La marche de la myélocythémie est en général chronique. Sa durée moyenne est de deux à quatre ans. La mort arrive soit par les progrès de la maladie qui détermine une cachexie profonde, soit par un accident intercurrent tel qu'une hémorrhagie cérébrale ou une maladie infectieuse.

**Lymphocythémie aiguë.** — D'après FRAENKEL la formule hématologique de la lymphocythémie ou leucémie aiguë serait la suivante : Diminution considérable des globules rouges et de leur teneur en hémoglobine, augmentation très notable des globules blancs, prédominance des lymphocytes grands et petits sur les autres types leucocytaires, d'où le nom de lymphocythémie. Elle apparaît sans cause nettement connue, à tous les âges.

Son début est marqué par de la lassitude générale, des douleurs articulaires vagues, de la splénalgie, des palpitations, du vertige et surtout des hémorragies cutanées ou muqueuses. Les divers groupes ganglionnaires sont plus ou moins tuméfiés, la rate et le foie sont hypertrophiés. La température reste élevée pendant la durée de la maladie qui ne dépasse guère deux mois.

On admet à l'heure actuelle que les lymphocytes ou cellules à gros noyau unique, avec un protoplasma peu abondant, se forment dans les organes hématopoiétiques (ganglions, follicules clos ou agminés, rate, moelle osseuse, foie), mais le point de départ de la prolifération leucocytaire est souvent difficile à trouver, à cause de la généralisation précoce des lésions aux différents lieux de production et à l'évolution rapide de la maladie.

**Lymphocythémie chronique.** — Les symptômes ne



partenant ou non  
ureuse des études

à l'adoption des  
q heures et demie,  
is la présidence de  
a Faculté, membre  
ité d'organisation.  
un, rédacteur en

LE

OCKEU; a récem-  
icole. Nous lui  
ision de nos bien.

ion des Hospices  
me consultation  
l'hôpital de la  
le docteur LAM-  
édecine.

ord), interne des  
le lundi 13 jan-  
intitulée : De la  
hanche.

riage du docteur  
moiselle Marthe

docteur GALLOIS,  
vec Mademoiselle

s nos meilleurs

NOE

t nommé, après  
es d'anatomie et

ies

en argent a été  
et CHEVALLET, de  
au cours d'une

Chevaliers : MM.  
s ; DUPUTEL, de  
Lot-et-Garonne).

L'Emulsion  
a créosotée. Elle

NERVEUX  
INIER  
: pur)

Statistique de l'Office sanitaire de Lille  
3<sup>e</sup> SEMAINE, DU 12 AU 18 JANVIER 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE										Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .										10	6
3 mois à un an . . . . .										6	3
1 an à 2 ans . . . . .										2	5
2 à 5 ans . . . . .										10	1
5 à 10 ans . . . . .										»	1
10 à 20 ans . . . . .										»	2
20 à 40 ans . . . . .										3	7
40 à 60 ans . . . . .										7	4
60 à 80 ans . . . . .										4	12
80 ans et au-dessus . . . . .										1	4
Total . . . . .										38	45

NAISSANCES par quartier											
	9	15	22	24	11	9	11	10	11	4	129

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS											
TOTAL des DÉCÈS	7	10	12	14	5	11	16	10	7	83	
Autres causes de décès	1	5	3	6	3	7	1	3	1	33	
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Suicide	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Autres tuberculeuses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Méningite tuberculeuse	2	1	»	»	»	»	»	»	»	4	
Pneumonie pulmonaire	»	2	4	2	»	1	1	1	»	11	
Diabète et emphyse	plus de 5 ans									»	
	de 2 à 5 ans									»	
	moins de 2 ans									2	
Maladies organiques du cœur	1	»	»	»	»	»	1	1	»	2	
Bronchite et pneumonie	»	1	3	2	»	1	»	2	»	9	
Apoplexie cérébrale	1	2	2	1	2	2	1	1	»	10	
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Croup et diphtérie	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2	
Rizée typhoïde	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Rougeole	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	
Varicelle	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	

Répartition des décès par quartier	
Hôtel-de ville, 19,892 hab.	
Gare et St Sauveur, 27,670h.	
Moulins, 24,947 hab.	
Wazemmes, 36,782 hab.	
Vauban, 20,381 hab.	
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	
Esquermes 11,381 hab.	
Saint-Maurice, 11,212 hab.	
Fives, 24,191 hab.	
Canteleu, 2,836 hab.	
Sud, 5,908 hab.	
Total.	

# L'ECHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur agrégé ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale. **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** : Des modifications des réflexes dans les traumatismes médullaires, par le docteur **O. Lambret**, professeur agrégé. — Les splénomégalias chroniques, par le docteur **Deléarde**, agrégé, chef du laboratoire des cliniques (Suite et fin). — SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD (Séance du 24 janvier 1902). — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Des modifications des réflexes dans les traumatismes médullaires

Par le Dr **O. Lambret**

Professeur agrégé, chargé du cours de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Lille.

La discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie a rappelé l'attention sur la symptomatologie des traumatismes de la moelle épinière. Cette symptomatologie est importante à connaître dans ses moindres détails, car le pronostic des traumatismes du rachis et de son contenu est étroitement lié à l'état de la moelle, détruite en un point, ne se répare pas et que sa section équivaut à un arrêt de mort à bref délai. Quand on se trouve en présence d'une fracture ou d'une luxation de la colonne vertébrale ou d'une plaie par arme à feu ou par instrument tranchant s'accompagnant de phénomènes médullaires, la question est donc de savoir si la continuité du névraxe est interrompue ou non ; car, en effet, la moelle peut être détruite, écrasée, sectionnée, contusionnée ou intacte,

comprimée, commotionnée. Or, l'étude des modifications de la motilité et de la sensibilité ne permet pas de préjuger de la lésion médullaire, car leur paralysie complète peut être entraînée par la contusion aussi bien que par la destruction de la moelle, par sa commotion aussi bien que par sa compression. Nous supposons, bien entendu, que le traumatisme est récent, car, par la suite, l'allure des phénomènes symptomatiques se modifie : la transmission de l'influx nerveux se fait à nouveau dans les deux sens d'une façon plus ou moins normale quand il y avait simplement commotion ou contusion ; les paralysies persistent dans les cas de destruction ou de compression. Dans ces dernières années, on a été amené à penser que l'étude des modifications des réflexes serait à même de nous renseigner sur l'état de la moelle. Malheureusement, il semble aujourd'hui démontré que cet espoir ne s'est pas réalisé. L'intervention de M. Delbet, dans la discussion à laquelle je faisais allusion plus haut, a eu pour objet l'examen de la valeur exacte de ces modifications des réflexes ; cette valeur, j'ai eu l'occasion de l'étudier à différentes reprises (1), c'est pourquoi je me crois autorisé à revenir aujourd'hui sur ce sujet.

Au premier abord la question paraît simple et semble pouvoir être résolue par nos connaissances

(1) Lambret. — Un cas d'hématorachis traumatique (*Bulletin méd.*, 1895).

Des réflexes dans les traumatismes de la moelle épinière (*Arch. prov. de chir.*, 1897).

iences des physiologistes l'existence, à différentes de centres réflexes. Chez s expérimentateurs, si on le transversalement, on ces, dont les centres sont section, sont rapidement re observer qu'immédiatement une période de temps ar suite de l'inhibition de e temps que paraplégie, xes ; mais bientôt ceux-ci ant par les plus éloignés, les centres sont situés le ionné ; en outre, ils repa- n phénomène constant, et ER nous affirme qu'il l'a de 400 expériences (com- expliquer, on admet qu'à encéphaliques jouent, vis- es, un rôle modérateur ou communication entre ces imés par la section de la e fonctionne plus et les

conclu du chien à l'homme, ion de la moelle était suivie et d'ailleurs des faits con- stés observés ; toutefois, il r que c'est seulement dans a commencé à rechercher dans les cas de traumatisme ncore faut-il ajouter que, cette recherche est loin pour s'en convaincre, il z grand nombre d'observa- gorie de cas dans lesquels r'est, pour ainsi dire, d'au- e traumatisme porte sur la lombaire supérieure, siège res ; en effet, les réflexes clinique (je n'envisage pas ctions nerveuses) ont leur cette région ; or, on conçoit lement contusionnée ou ntre producteur du réflexe e réflexe est aboli. Les cas à étudier et qui réalisent

un ensemble de conditions analogues à celles des expériences de laboratoire. sont ceux dans lesquels le traumatisme porte au-dessus du renflement lombaire, c'est-à-dire au niveau de la colonne cervicale inférieure et dorsale supérieure.

En 1890, un chirurgien anglais, BASTIAN, dans une communication à la Société de médecine de Londres, s'attacha, d'après ses observations, à démontrer que, chez l'homme, lorsque la moelle était sectionnée dans la région cervicale inférieure et dorsale supérieure, les modifications des réflexes étaient diamétralement différentes de celles qui se produisent chez le chien ; au lieu de l'exagération connue, on constate, au contraire, une abolition complète des réflexes ; en sorte que BASTIAN posait en principe que cette abolition complète des réflexes permettait de conclure à une section totale de la moelle. En même temps et depuis lors, les idées de BASTIAN ont été admises par un grand nombre de chirurgiens qui purent en vérifier l'exactitude sur leurs malades. BASTIAN, BOWLBY, JACKSON, VAN GEUCHTEN, etc., en ont déduit que les réflexes n'avaient pas leur siège dans la moelle et se sont attachés à déterminer des centres cérébraux et cérébelleux ; ils ne s'entendent pas, d'ailleurs, sur la localisation de ces centres. Quoi qu'il en soit, la question de ces localisations offre moins d'intérêt au chirurgien, auquel peu importerait, en somme, que les centres réflexes soient situés dans la moelle ou dans l'encéphale, si du moins un symptôme clinique de valeur indiscutable lui permettait de pouvoir préjuger de l'état de la moelle. Or, si la loi de BASTIAN est exacte, il n'est pas douteux qu'elle nous met en possession de ce symptôme clinique.

M. DELBET, à la Société de chirurgie, a cherché à démontrer le contraire. Son opinion reste conforme aux données physiologiques, et, pour lui, l'ancienne doctrine, qui reconnaissait à la moelle le pouvoir excito-moteur, reste debout. Pour cela, il s'appuie sur trois sortes de preuves d'inégale valeur. Une d'entre elles est absolument indiscutable et d'une importance capitale : c'est la constatation, par M. LABORDE et d'autres, de l'existence des réflexes chez les suppliciés.

En second lieu, M. DELBET apporte un certain nombre d'expériences faites par lui en 1893, en vue d'étudier, chez le chien, les modifications des réflexes dans des traumatismes variés de la colonne vertébrale. Je ne pense pas qu'on puisse tirer aucune conclusion ferme de ces expériences sur lesquelles il a donné

d'assez abondants détails dans ses cliniques ; leurs résultats sont contradictoires et, en somme, ils ne doivent pas entrer en ligne de compte si on les met en parallèle avec ceux obtenus chaque jour, par les physiologistes, dans des expériences aujourd'hui innombrables.

Enfin, M. DELBET possède un troisième argument d'ordre philosophique dont, à mon avis, il me paraît dangereux de se servir. Raisonnant, M. DELBET ne peut pas admettre que les choses se passent chez l'homme autrement que chez le chien, car, dit-il, c'est là « une argumentation qui me paraît singulièrement teintée d'animisme, pour ne pas dire de métaphysique. Elle n'est point nouvelle, cette doctrine, d'un caractère plus religieux que scientifique, qui veut séparer complètement l'homme des autres animaux !

« S'il est une notion bien établie de biologie, c'est celle de la continuité dans la longue série des êtres vivants. La matière vivante, depuis les temps infiniment reculés où elle s'est constituée au fond de quelque marais, a, par une longue suite de transformations et d'adaptations progressives, produit tous les êtres, et nulle part, dans la série, on ne trouve de brusque coupure. Peut-on admettre que chez des animaux, aussi voisins les uns des autres que le sont les mammifères, un même organe, la moelle, constitué chez tous sur le même type anatomique, ait chez quelques-uns un rôle tout différent de celui qu'il a chez les autres ? Peut-on admettre que les réflexes, qui jouent un si grand rôle dans la vie, puissent fonctionner chez l'homme tout autrement que chez les animaux ? » Je répète, qu'à mon avis, cet argument n'est pas valable, parce que je ne trouve pas qu'il ait une rigueur scientifique suffisante. Je ne vois pas, en effet, en quoi l'harmonie de l'univers serait détruite si le rôle de la moelle épinière chez l'homme était, au point de vue de la production des réflexes, moins important que chez le chien, et si, par exemple, l'importance des centres médullaires n'était pas la même chez ces deux êtres. Ne devrait-on pas, au contraire, à priori, s'attendre presque à trouver une notable différence ? Il me semble que oui, si on veut bien tenir compte de la grande différenciation du cerveau et de l'énorme perfectionnement de ses fonctions chez l'homme. Nous ne connaissons pas, il est vrai, les limites de l'intelligence, nous ignorons le fonctionnement intime du cerveau

des animaux les plus proches de l'homme, bien évident qu'entre ces animaux il y a un abîme, et que les rouages du système nerveux sont infiniment plus compliqués chez les animaux supérieurs enfin à ceux du cerf. La supériorité de la suprématie étant bien établie, ne faut-il pas qu'elle s'étende jusqu'aux réflexes ? Il n'est pas antiscientifique de penser que le rôle du cerveau entre, sinon pour toute la part, dans la production des réflexes, donc que M. DELBET a raison de nier le pouvoir excito-moteur de la moelle. Je fais des réserves au sujet de ce pouvoir excito-moteur de la moelle, mais il faut bien se rendre à l'évidence : la moelle passe à la pratique, comme le dit M. DELBET, « force est bien de reconnaître que l'homme, à la suite des sectionnements de la moelle, les réflexes sont abolis.

A la rigueur, pour expliquer la nécessité de l'intervention de la moelle dans la production de la fracture de la colonne vertébrale, laquelle je crois, sans être d'ailleurs la seule, dont elle se fait, et donner du sens à cette interprétation. On peut soutenir la thèse m'a été présentée plusieurs fois — que la moelle lombaire peut supporter des traumatismes qui sont capables de lésions microscopiques difficiles à démontrer, mais suffisantes pour arrêter son fonctionnement dans la production d'une fracture de la colonne vertébrale s'accompagnant d'écrasement de la région cervicale inférieure ou d'une lésion qui demande un traumatisme considérable. Il est possible que ce traumatisme soit localisé sur toute la moelle située plus bas et que les lésions soient plus ou moins intenses, non perçues par les méthodes histologiques (Car ni BASTIAN, ni les autres auteurs ne donnent de détails sur la façon dont furent effectués les traumatismes lombaires des malades qu'ils ont observés). A cet argument, on peut répondre qu'en apportant des faits histologiques minutieux, et par les méthodes des spécialistes et par les méthodes les plus perfectionnées. Aussi, quel soin, particulièrement jadis, pour la moelle d'un sujet décédé, mon maître, le professeur FOLE



l'état de la moelle, et, par la même occasion, la décompresser s'il en est temps encore, c'est-à-dire évacuer les hématomes, enlever ou réduire les fragments osseux qui la menacent, telle est la conduite qu'on devrait tenir. Mais il faut bien savoir que l'opération, faite d'une façon systématique, n'est pas appelée à donner des résultats bien brillants, car il faut, hélas, reconnaître que la presque totalité des cas s'accompagne de lésions irrémédiables de la moelle. Dès lors, à combien d'opérations inutiles, toujours sérieuses sinon graves, le chirurgien n'est-il pas exposé avant de rencontrer le cas favorable, l'hématorachis, la compression osseuse, sans contusion médullaire ! C'est pourquoi nous ne nous sentons pas le courage de trop blâmer ceux qui, effrayés par une telle perspective, laissent le bistouri et les cisailles pour s'adresser aux moyens non sanglants (parfois dangereux aussi) de réduction des fractures et luxations, et, pour le reste, s'en rapportent à la bonne nature.

### Les Splénomégalias chroniques

REVUE GÉNÉRALE

par le Dr A. Deléarde, Agrégé, Chef du Laboratoire des Cliniques

(Suite et fin)

#### DEUXIÈME PARTIE

#### Splénomégalias et maladies du foie

La concomitance de la splénomégalie avec certaines affections du foie est connue depuis longtemps. L'augmentation de volume de deux organes semble marcher de pair dans les différentes variétés de cirrhoses hépatiques. Toutefois il est des cas, ainsi que nous le verrons plus loin, où la tuméfaction de la rate précède celle du foie. On a cherché les causes de la corrélation de ces faits cliniques et nous allons passer en revue les théories qui ont été mises en avant pour les expliquer.

La variété de cirrhose la plus anciennement connue, où l'on retrouve des lésions spléniques accompagnant les altérations du foie est la cirrhose atrophique de LAENNEC. Dans cette affection, le foie, fortement diminué de volume, est sillonné de brides fibreuses qui compriment le parenchyme hépatique et gênent la circulation portale, c'est une cirrhose veineuse annulaire. L'obstacle au libre cours du sang charrié par la veine porte est une des causes provocatrices de l'ascite par suite de l'augmentation de pression dans les rameaux d'origine et les troncs principaux du vaisseau. Le volume de la rate suit dans les cas ordinaires une marche inverse à celle du foie, au fur et à mesure que celui-ci devient plus petit, la rate se tumé-

de plus en plus. Telle n'est pas car l'augmentation de la rate tionnelle à l'atrophie du foie. Elle figure parmi les signes classiques de LAENNEC.

On a d'abord invoqué pour l'obstacle au libre cours du sang les ramifications hépatiques dans le tissu conjonctif de néoformation. Le sang reflue vers la veine porte et augmente de volume. Mais, si l'on va plus haut, il n'y a pas toujours de corrélation entre l'atrophie du foie, le degré de la rate congestionnée. De plus, l'existence d'une cirrhose hypertrophique du sang portal et constatée par l'analyse histologique, ne marque pas la rate. Il convient donc pas à tous les cas d'intervenir.

On a également supposé que de la rate dépendaient de l'atrophie du foie, mais toujours la

Enfin CHARRIN (*Soc. biol.* 1899) a constaté que dans les cirrhoses toxiques du foie et de la rate, voire dans les cirrhoses une hypertrophie suppléance fonctionnelle et corrélation de la rate en remplacement du foie.

CHAUFFARD (*Sem. méd.*, 1899), a constaté que la splénomégalie précède souvent la lésion du foie. Il fait d'abord ses connexions anatomo-physiologiques. La veine splénique donne naissance à la veine porte; tout le sang du foie. La veine porte splénique est une tumeur que la veine porte intègre et les toxines, elle les transporte et vient à se troubler, une panoplie se mêlant au sang veineux et nocive sur le réseau vasculaire. Dans l'impaludisme, c'est la rate qui est la première puisqu'elle sert d'habitat aux parasites. Elle s'altère secondairement. Il en est de même dans le typhoïde, c'est dans la rate que débute l'affection, le bacille vient à se multiplier, le foie est lésé. La leucocythémie est encore en faveur de la prédominance de la rate. Cet organe, bourré en quelque sorte de cellules dans le foie une multitude de globules blancs, les lymphocytes miliaires caractéristiques de la glande hépatique son développement. La maladie de BANTI débute



sieurs années, ce n'est ophie du foie, les signes Enfin, dans la cirrhose que, répondant au type tieux splénomégalique trophique biliaire avec er, la tuméfaction chro-

semble donc justifier ARD et nul doute que s du foie, avec spléno-ée comme le point de isons qui vont modifier es de l'organe. En étu-es avec splénomégalie, iments favorables à la

ription, nous passerons rhoses avec diminution uis celles où le foie est

omégalles. — Sous le e du foie, BANTI a décrit n complexus symptoma-out spécial qui semble rhose de LAENNEC, mais es caractères nettement

ladie en trois stades ; un que, et un stade inter-

emarque l'hypertrophie ion de la rate est le pre-rde pas à acquérir un ndre le bord supérieur te lisse, elle est indolore

mbre des globules rouges ions, le taux de l'hémo-e chiffre des leucocytes bles mais, d'une façon rmale. La peau et les flement, les palpitations aucune modification de eurs années, quatre ans ie subit des variations, ccède.

dyspepsie et les troubles rines deviennent plus t en urobiline. Le stade ascitique, le foie est tou-

ché à son tour ; il s'atrophie peu à peu, en même temps que l'épanchement séreux de la cavité abdominale augmente ; une circulation sous cutanée complémentaire sillonne la paroi du ventre. Les urines se raréfient davantage. Les symptômes anémiques deviennent plus graves, les hémorrhagies du tube digestif sont fréquentes à cette période. La mort survient dans le marasme au bout d'un temps variable qui ne dépasse guère un an.

Les altérations anatomo pathologiques sont les suivantes : la rate peut avoir un poids de 1 kil. à 2 kil. 500. La surface de l'organe est lisse, on note la sclérose des glomérules de MALPIGHI. Les veines spléniques sont rétrécies, le parenchyme est sillonné de bandes fibreuses. Le foie revêt les caractères macroscopiques et microscopiques de la cirrhose de LAENNEC. Les anneaux conjonctifs sont en général minces et présentent une notable infiltration de cellules rondes. La moelle des os offre l'aspect de la moelle fœtale, on y trouve un grand nombre de globules rouges nucléés

Dans l'étiologie, on ne relève ni syphilis, ni malaria ou autres maladies infectieuses. Aucun des malades observés par BANTI n'était alcoolique.

Pour différencier ce genre de cirrhose de la variété atrophique décrite par LAENNEC, BANTI fait ressortir les caractères suivants :

1° L'étiologie alcoolique de la cirrhose de LAENNEC manque d'une manière absolue.

2° L'anémie progressive du premier stade ne se rencontre pas dans la cirrhose atrophique de LAENNEC

3° Dans le premier stade on ne constate aucune trace de lésion hépatique ; cet organe a un volume normal, il est indolore ; il n'y a pas de troubles gastro intestinaux. les urines sont abondantes.

4° L'hypertrophie splénique est le signe du début, elle devance de beaucoup l'atrophie du foie.

L'ensemble des symptômes de la maladie de BANTI ressemblerait plutôt à l'anémie splénique tout au moins dans le stade préascitique, mais la dernière période diffère dans les deux affections.

Pour expliquer l'étiologie de la splénomégalie avec ascite, BANTI admet que des causes morbides, probablement de nature infectieuse, porteraient dès le début leur action sur la rate, des substances toxiques élaborées pénétreraient dans le sang et provoqueraient une anémie globulaire. Leur action prolongée sur le foie aboutirait à une prolifération du tissu conjonctif avec cirrhose consécutive

Les symptômes de la maladie de BANTI sont suffisamment précis pour permettre de diagnostiquer cette affection. L'absence de l'ictère la différenciera encore davantage des cirrhoses hypertrophiques. Quant au traitement il est purement palliatif ; il faut s'efforcer de maintenir les forces du malade, mais toutes les tentatives de la thérapeutique

ne pourront que prolonger la vie du malade sans le débarrasser de cette affection dont le pronostic est fatal.

**Cirrhose atrophique de Laennec.** — Les signes de la cirrhose alcoolique de LAENNEC sont trop connus pour en faire une longue description.

Elle débute par des troubles dyspeptiques, occasionnés par les abus d'alcool, de l'amaigrissement, de la perte des forces. Mais le foie, augmenté de volume, ne tarde pas à s'atrophier. La rate suit, en général, une marche inverse. L'œdème apparaît aux membres inférieurs et précède parfois l'ascite de plusieurs mois.

L'épanchement séreux de l'abdomen augmente peu à peu, ainsi que la circulation sous-cutanée complémentaire, au fur et à mesure que le cours du sang dans le foie devient plus gêné. Les signes d'insuffisance hépatique sont précoces. L'épistaxis, les hématomèses, les hémorroïdes sont très fréquentes. L'urine contient de l'urobiline, des urates en grande quantité, elles sont pauvres en urée.

Le malade succombe dans le marasme, ou bien au milieu des symptômes d'urémie hépatique ou de l'ictère grave. Souvent aussi, une maladie intercurrente, la tuberculose pulmonaire dans de nombreux cas, hâte la fin.

**Cirrhoses hypertrophiques et splénomégales.** — Le type le premier décrit de cette variété de cirrhose est la cirrhose de HANOT, mais depuis la description donnée par cet auteur, d'autres variétés voisines sont venues se greffer autour d'elles si bien, qu'à l'heure actuelle, la maladie de HANOT est considérée comme un stade des cirrhoses hypertrophiques biliaires, c'est le type que l'on rencontre à l'âge adulte et qui peut se manifester avec de légères variantes pendant l'enfance.

En 1895, GILBERT et FOURNIER ont signalé pour la première fois, chez l'enfant, une modalité particulière de la maladie de HANOT, caractérisée surtout par une hypertrophie prédominante et considérable de la rate, appelée pour cette raison, cirrhose hypertrophique à type splénomégalique. Nous ne reviendrons pas sur la bibliographie de cette question que l'on trouvera dans un article publié en 1900, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, par WOIRREY et CAZOT.

La cirrhose hypertrophique avec ictère chronique rencontré chez l'enfant et l'adolescent par GILBERT et FOURNIER se caractérise par un développement énorme de la rate qui frappe l'attention à l'examen de l'abdomen ; le foie est généralement peu et même quelquefois très peu hypertrophié, à peine dépasse-t-il de un ou deux travers de doigt le rebord des fausses côtes, alors que la rate remonte très haut vers l'aisselle et au-dessous jusque dans le bassin en emplissant tout l'hypocondre gauche. Comme dans la cirrhose de HANOT, les malades présentent un subictère permanent qui sous des influences variables, devient un

ictère franc, lequel perdrait sous l'influence d'avant de devenir définitif et grisâtre, tantôt peu de pigments biliaires ictériques ; il n'y a en général ni ascite, ni dilatation vésicale. L'état de la nutrition est variable. GILBERT et FOURNIER ont vu des malades des troubles trophiques des doigts et de certains os, provoquant que l'on rencontre dans la cirrhose pneumique de LACROIX.

Les troubles de la nutrition sont variables, mais la croissance des malades est considérablement retardée et de l'infantilisme. On peut donc différencier la cirrhose hypertrophique de la cirrhose de HANOT, car la cirrhose hypertrophique est donc une hypertrophie rapportée à celle du foie, et non à celle de la rate, enfin, un retard de l'individu malade. Le pronostic est grave, mais le pronostic en est l'exception.

**La cirrhose hypertrophique de HANOT se rencontre chez l'enfant et l'adolescent.** Ne faut-il pas, d'abord, passer par une forme de cirrhose hépatique forme le second stade de la maladie. Elle peut devenir considérable, mais elle est moins développée que la cirrhose de HANOT, la dilatation complémentaire.

L'appétit altéré au début devient même exagéré, mais il se dessèche, les hémorragies, épistaxis, purpura, sont fréquentes.

L'évolution de la maladie est variable, les signes d'insuffisance hépatique terminent deviennent de plus en plus prononcés à mesure de la répétition de l'hémorragie compliquant d'hémorragie. Les malades succombent au subictère aigu du foie, de l'ascite, de l'œdème.

Faut-il comme dans la cirrhose de HANOT incriminer l'alcool dans la cirrhose hypertrophique ? Le début tend à perdre du

le est due à une infection, olite à évolution lente plus niveau de l'espace portobi-hôtes normaux de l'intestin, ette infection. Il en est de BERT et FOURNIER. Le bactéri), un bacille mobile TER-pneumocoque (THIERCELIN), pe splénique ou le paren-de ces microbes provoque cellules endothéliales des ages participent au méca-microbes.

. sur les maladies du sang), enciable d'après lui de la auquel il a donné le nom *lénomégalie*. Caractérisée onique à marche paroxis- foie constatable seulement e, par une splénomégalie ulaire, cette affection serait igue durée de 15 à 20 ans. la réaction de GMELIN que franc en d'autre temps le ait des pigments biliaires; ous les malades de HAYEM ille date.

e gravité extrême. Un des ré au bout de 19 ans, un état

re dans cette revue l'étude nous devons toutefois rap-ecomitante de la splénomé-ales de l'infection syphili-e, l'hérédo-syphilis et la : l'hérédo-syphilis hépatique on de volume de l'organe, sistance accrue et la palpa-

ieux, sillonné d'une circu e présente des caractères hypertrophie douloureuse, général des petits malades aitement n'est pas institué. et succombent de cachexie pas de règle, il est même

comprend deux formes : ode secondaire que nous léro-gommeuse. ation du foie est profondé-

ment modifiée. Des cicatrices fibreuses épaisses, disposées en brides partagent l'organe en segments plus ou moins volumineux, tantôt hypertrophiés, tantôt au contraire déprimés et atrophiés. La surface du foie est bosselée, irrégulière, dure, sillonnée de dépressions profondes, comme encerclée par des tractus fibreux, c'est le foie syphilitique classique, le foie ficelé.

L'ascite présente les mêmes caractères que dans la cirrhose atrophique, elle s'accompagne d'un réseau veineux sous-cutané, avec œdème des membres et du scrotum.

L'hypertrophie de la rate est habituelle. L'ictère est rare. L'urine renferme de l'urobilin.

La mort survient par cachexie, par généralisation de la syphilis à d'autres organes, reins, axe cérébrospinal ou par maladie intercurrente.

Le traitement spécifique n'a d'action que s'il est énergique et précoce.

**Tuberculose du foie.** — Dans les différentes formes de cirrhoses tuberculeuses du foie, la splénomégalie peut se rencontrer, mais l'hypertrophie de la rate, outre qu'elle n'est pas la règle, est en général peu volumineuse. Nous nous contenterons pour cette raison de signaler son existence possible dans la tuberculose hépatique.

**Cancer du foie.** — Nous ne dirons que quelques mots des splénomégalias qui accompagnent la carcinose hépatique. Dans le cancer primitif du foie il n'y a point de règle absolue concernant la modification du volume de la rate. Quelle que soit la forme anatomo-pathologique du cancer primitif, cancer massif en amande, cancer nodulaire, adénome, l'hypertrophie splénique peut se rencontrer, comme aussi elle peut manquer.

Dans la forme secondaire du cancer du foie, on rencontre la même inconstance au sujet de l'état de la rate. Cet organe se présente tantôt augmenté de volume, tantôt il a conservé sa configuration normale.

**Asystolie.** — Il nous reste à signaler la congestion passive de la rate par stase sanguine que l'on rencontre dans l'asystolie. Dans la période ultime des affections du cœur, la rate, pas plus que les autres organes, poumons, foie, rein, n'échappe à l'hypertrophie par réplétion sanguine que provoquent les désordres de la circulation.

**Diagnostic.** — Il est nécessaire, croyons-nous, de clore cette revue sur les différentes maladies qui comptent parmi leurs symptômes une augmentation plus ou moins considérable du volume de la rate, par un chapitre sur le diagnostic général de la splénomégalie.

La difficulté de ce diagnostic ne réside pas dans la constatation de la tuméfaction de la rate, la palpation, la percussion, l'aspect du ventre déformé dans la région de l'hypochondre gauche, permettront facilement de

délimiter les bords de l'organe. Toutefois on rencontrera des cas où il sera assez malaisé de préciser les contours de la rate particulièrement lorsque l'abdomen distendu par un tympanisme exagéré ne se laissera pas déprimer par la main. Cette difficulté d'appréciation du volume de la rate étant écartée, il faudra penser aux tumeurs des organes voisins qui pourraient être confondues avec une splénomégalie, kyste de l'ovaire, tumeur de l'épiploon, du côlon transverse au niveau de l'angle descendant, de l'estomac, du rein gauche. Enfin la possibilité d'un kyste hydatique de la rate devra faire chercher les symptômes qui le caractérisent : on se rappellera que c'est une tumeur surajoutée comme accolée à la rate et que l'hypersplénie provient exclusivement de la présence du kyste et non des lésions cellulaires du parenchyme splénique. La surface de la rate sera très souvent irrégulière et on y percevra la fluctuation caractéristique. L'urticaire, le dégoût des aliments gras seront à rechercher.

Les noyaux cancéreux secondaires qui viennent se former par embolie au niveau de la rate seront rarement assez volumineux pour accroître son volume. Ils ne présentent, du reste, qu'un intérêt secondaire, car leur formation indique une carcinose hépatique ou intestinale, laquelle occupe une place prépondérante dans l'ensemble des symptômes présentés par le malade.

Il est bien entendu que nous éliminons des splénomégalias primitives ou secondaires les modifications de volume de la rate qui surviennent dans le cours des maladies infectieuses aiguës. Celles-là ne sont pas durables, elles sont un épiphénomène de l'infection générale.

Ce n'est que lorsque l'on aura écarté toutes ces causes d'erreur qu'il faudra en arriver aux affections qui nous ont particulièrement intéressé dans ce travail et se demander si l'on se trouve en présence d'une splénomégalie primitive ou d'une splénomégalie secondaire concomitante d'une lésion hépatique.

Pour résoudre cette question, le clinicien aura à tenir compte d'abord de l'état général du malade. L'inspaldisme, la tuberculose, la syphilis, la diathèse lymphogène, les affections cirrhotiques du foie troublent plus ou moins profondément la nutrition, suivant leur ancienneté et amènent souvent ou bien une pâleur des téguments et des muqueuses avec état cachectique parfois précoce et amaigrissement, ou bien une teinte subictérique ou franchement ictérique avec perte de l'appétit, diarrhée, vomissement et hémorrhagies multiples.

Après l'observation de l'état général vient l'examen des organes. Le foie doit attirer l'attention. Son atrophie ou son hypertrophie sont à noter, puis l'aspect des urines, leur teneur en pigments normaux ou anormaux (urobilin, indican, pigments biliaires), la quantité d'urée, la coloration des fèces. L'examen du sang, la numération des

hématies et des leucocytes diagnostic causal. Nous avons tuberculeuse chronique il est rouge avec cyanose, qui ne affectations.

La recherche de la quant blancs sera un élément clin échapper, puisqu'il permet entre elles, les splénomégalias.

L'état des ganglions lymphatiques, à l'aisselle, au cou, confirmer le diagnostic.

En résumé, devant un malade il faudra porter ses investigations sur le foie, du côté du sang, et les symptômes dépendant d'une méculose, par exemple, qui peuvent.

Nous donnons, en un tableau, les variétés de splénomégalias.

	Infectieuses.
Splénomégalias primitives chroniques.	De la diathèse lymphogène très probablement de nature infectieuse.
Splénomégalias secondaires.	I. De nature infectieuse ou toxico-infectieuse.
Splénomégalias avec altérations du foie.	II. De nature LARNEC.
	III. Cancer du
Splénomégalie par congestion passiv	

**Pronostic.** — L'appréciation de la cause de la splénomégalie avait une importance. Les splénomégalias avaient une importance (maladie de GAUCHER) s'accompagnaient d'une cachexie organique précoce. En somme, le pronostic splénomégalie.

**Traitement.** — Ici encore la ligne de conduite applicable thérapeutique sera nécessairement causale ou symptomatique.



relation de cause à effet entre la maladie générale, qui était ici la vaccine, et l'éruption tout à fait caractéristique est absolument indéniable. C'est une variété de plus à ajouter à la liste déjà longue des zonas au cours des infections diverses.

#### Fracture du crâne par enfoncement

**M. Lambret** a vu une fracture du crâne chez un ouvrier de quarante-cinq ans, qui s'était heurté assez fortement la région temporale droite contre un boulon de fer. Le blessé avait continué son travail ; quelques jours après, céphalée et hémiplegie gauche. Fièvre ; pouls à 88. On croyait à un abcès, lorsqu'on rencontra un enfoncement crânien. Derrière la rondelle du trépan siégeait une collection purulente, qui fut drainée. Le malade mourut. On ne peut s'expliquer comment un si petit traumatisme a pu amener pareil enfoncement.

**M. Combemale** rappelle qu'aux autopsies de gens âgés de plus de soixante ans, on constate souvent une extrême minceur des os du crâne.

**M. Dutilleul** dit que cette minime épaisseur est normalement fréquente dans l'enfance.

**M. Le Fort**, qui a jadis examiné une collection de quinze cents crânes, a pu voir des os d'une minceur extrême et des perforations crâniennes, même à l'état normal. En ce qui concerne l'absence de symptômes au début, chez le malade de **M. LAMBRET**, cela se voit parfois. Un homme qui s'était fait une plaie de front avec fracture de l'os frontal ne s'est pas couché un seul instant et a guéri sans encombre.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

La chaire de pathologie externe à la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante, par arrêté ministériel en date du 25 janvier. Les candidats doivent dans les vingt jours produire leurs titres.

— Notre excellent collaborateur, le professeur **FOLET**, s'est vu décerner dimanche 26 courant, par la Société Industrielle de Lille, la plus grande récompense dont elle dispose, la grande médaille d'or de la fondation Kuhlmann, pour services rendus à la science et à l'industrie. Nous avons plaisir à reproduire ci-après les termes du rapport de **M. PARENT**, dont nul ne pourrait nier la sincérité, si flatteuse du reste pour notre collègue.

Grande médaille d'or. — Fondation Kuhlmann

Chacun de nous connaît la haute situation conquise dans le monde médical de Lille, par **M. le docteur FOLET**,

doyen honoraire de la Faculté correspondant de l'Académie.

Le docteur **FOLET**, qui appartient aux Sciences de Lille, y a présenté et, de leur côté, nos Sociétés ont eu la bonne fortune d'apprécier le particulier, gardé le souvenir dernière, si pétillante d'esprit *antialcoolique* à laquelle il s'est

Ses vingt-cinq années de pratique clinique, l'ont en effet constitué l'un des plus grands maîtres des nations civilisées. Ce péril, naguère méconnu par le public, a commencé à effrayer les s'en alarmant, comme les publications des Associations, des Liges et brochures se publient. Mais dans les couches profondes de la société, on ne fait entrer de façon plus efficace que par la Réclame sa puissance.

Convaincu qu'une affirmation répétée sans relâche, par tous les jours, est aujourd'hui à notre disposition dans l'esprit, il a appliqué à cette psychologie inexpliquée la réclame : et, n'épargnant ni sa forme à Lille son œuvre, c'est la patrie entre toutes : La

Elle est humanitaire, en effet elle apporte l'aide la plus efficace, ainsi que l'ont fait remarquer les éminents que j'ai cités tout à l'heure, car elle tend à régénérer l'ouvrier en garde contre ce qui le dégrade, l'avilissent, l'aliène la misère, la discorde et l'isolement.

La Société Industrielle a récompensé tous les efforts ayant pour but de protéger les classes laborieuses, et d'élever le niveau de la vie. Elle se devait à elle-même de mériter les efforts entrepris par **M. le docteur FOLET** contre l'Alcoolisme. Elle va certifier de ses concitoyens, en lui décernant la grande médaille d'or.

Aux applaudissements qui ont accompagné cette récompense, nous adressons nos félicitations aux lecteurs et des rédacteurs de

#### SOUTENANCE

**M. P.-J. DEMOULIN**, de Châtellain, des hôpitaux de Lille, lauréat de la Faculté de Lille, a obtenu un grand succès, le mardi 28 janvier (6<sup>e</sup> série, n° 68) intitulée : *Abus de l'alcoolisme dans certaines maladies infectieuses*.

— **M.-G.-J.-J.-P. POUILLA** (Calais), a soutenu avec succès de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 66), la thèse intitulée : *polyurie et de l'hypothermie dans l'alcoolisme*.

— **M. G.-Z.-O.-L. BOULENGER** (Lille), a soutenu avec succès, le

(1) MM. BROUARDEL et LANDOUZ

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

4<sup>e</sup> SEMAINE, DU 19 AU 23 JANVIER 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE		Masculin	Fémnin
0 à 3 mois . . . . .		4	3
3 mois à un an . . . . .		3	5
1 an à 2 ans . . . . .		3	1
2 à 5 ans . . . . .		»	1
5 à 10 ans . . . . .		3	2
10 à 20 ans . . . . .		1	2
20 à 40 ans . . . . .		1	3
40 à 60 ans . . . . .		9	4
60 à 80 ans . . . . .		13	13
80 ans et au-dessus . . . . .		1	3
Total . . . . .		40	39

NAISSANCES par Quartier		5	10	30	26	15	8	7	9	13	1	7	131
TOTAL des DÉCÈS		4	12	8	13	9	9	6	3	9	1	4	79
Autres causes de décès		1	4	3	3	4	5	3	1	2	1	1	28
Homicide		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculeuses		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse		1	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	3
Phthisie pulmonaire		»	»	1	1	1	1	»	»	1	»	»	5
Diarrées et colérites	plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	de 3 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	moins de 3 ans	»	1	1	3	»	3	1	»	1	»	»	10
Maladies organiques du cœur		1	3	1	1	1	»	»	1	1	1	1	9
Bronchite et pneumonie		»	»	1	3	9	»	1	»	2	3	»	12
Apoplexie cérébrale		»	3	1	1	»	»	»	»	1	»	»	6
Autres		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie		»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Fièvre typhoïde		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine		1	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	3
Rougeole		»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2
Varicelle		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Répartition des décès par quartier	
Hôtel-de ville, 19,892 hab.	
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	
Moulins, 24,947 hab.	
Wazemmes, 36,782 hab.	
Vauban, 20,381 hab.	
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	
Esquermes, 11,381 hab.	
Saint-Maurice, 11,212 hab.	
Fives, 24,191 hab.	
Cauteleu, 2,836 hab.	
Sud, 5,908 hab.	
Total.	

# L'ÉCHO MÉDIC

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Envoi postal : 6 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBENALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de M

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique; Barrois, professeur de parasitologie; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur; Carlier, professeur agrégé; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Dubar, professeur de clinique chirurgicale; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé; de laboratoire à l'Institut Pasteur; l'Asile d'aliénés d'Armentières; De de clinique ophtalmologique à Par hôpitaux; Manouvriez (de Valen pondant de l'Académie de médecine cipal, agrégé du Val-de-Grâce; chargé d'un cours d'accouchement de pathologie interne et expériment agrégé, chargé du cours de parasit

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médica  
POTEL, ex-chef de clinique chirurgi

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de  
Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adress

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : La guerre à l'alcool, par le docteur H. Folet. — Obstruction complète du vagin et du méat urinaire par une tumeur kystique chez un nouveau-né; Abouchement anormal de l'anus dans la vulve, par le docteur E. Breton. — Un cas de zona thoracique ayant évolué au cours d'une vaccine, par Edg. Loubry, interne. — Note sur le Bodo Urinariu d'Hassall, par le docteur Tonnel. — CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES : Traitement du psoriasis, par le professeur Charmell. — VARIÉTÉS ET ANECDOTES — MOTS DE LA FIN. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### La guerre à l'Alcool

Nos lecteurs savent qu'à certains jeudis d'hiver des conférences pédagogiques d'après-midi sont faites à la Faculté des lettres; tout particulièrement destinées aux instituteurs et institutrices de la région. M. le professeur FOLET a ouvert, le jeudi 30 janvier, la série de ces conférences par une causerie sur un sujet qui lui est cher : *La guerre à l'alcool et le rôle de l'Université dans cette guerre.*

Avant d'exposer les efforts de prophylaxie tentés ou à tenter dans les écoles, le conférencier a fait une sorte d'historique de l'alcoolisme et de l'anti-alcoolisme. Beaucoup des notions, énoncées en cette causerie sont familières aux médecins; néanmoins certaines considérations moins connues ou présentées sous une forme neuve nous ont semblé de nature à intéresser nos lecteurs. Voici donc quelques passages de cette conférence :

Un fait historique indéniable c'est que tant que l'on n'a bu, en France, que des boissons fermentées naturelles, vin, cidre, bière (c'est-à-dire, durant des siècles), et, à partir du XVI<sup>e</sup>, les rares eaux-de-vie que l'on tirait de ces liquides fermentés; tant, dis-je, que dura ce régime, il y avait chez nous des buveurs, voire des ivrognes, il n'y avait pas d'alcooliques.

Ces buveurs, nous les avons eus dans tous les pays vinicoles, ingurgitant normalement 3 et 4 litres de vin, et se donnant, à la fin, la pointe d'ivresse aiguë. Cette ivresse, empreinte d'optimisme et de gaieté, caractère du buveur était en tout autre que celui du malade. Il y a toute une littérature, — fort abondante mais reposant sur un fond de tristesse, la belle humeur du bon discipliné. Laujon, Collé, Désaugiers, ne tarissent pas de le dire. Ce buveur, à la fois robuste et alerte, à la fois geonnant, alerte à la besogne, et heureux et mourait souvent d'apoplexie précoce, vers 60 ans; mais ne présentait pas de graves et complexes lésions des m

Dès la seconde moitié du XVIII<sup>e</sup>, l'abus de l'eau-de-vie tirée de la pomme de terre, mais avait considérablement augmenté, en particulier, et aussi en Amérique, le nombre des Antilles répandait à profusion les liqueurs tirées de la canne à sucre.

Mais ce fut surtout dans les pays de grande navigation, en Russie, que la consommation des grains étendit ses ravages. La Suède, d'abord, nous a précédés de longtemps dans l'alcoolisme; et aussi, — il faut le dire, — il faut le grand espoir, que nous l'imitation dans l'application d'un remède à ce fléau. C'est un médecin de Stockholm dénonçant les déplorables effets des liqueurs scandinaves, a créé et pr



me. A cette époque, l'Aca-  
rix Monthyon au travail de  
teur déclarait que « Dieu  
chez nous ». Il avait raison  
nous nous sommes bien

milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, que  
ention des moteurs à vapeur  
de fer, répandre ses pro-  
ux ouverts à son activité,  
nphant essor. De tous côtés,  
l, des distilleries s'installè-  
rses plantes, des grains, de  
terre. Les agglomérations  
villes le développement  
offrir des consommateurs à  
s.

ne classe sociale plus élevée,  
à chacun sa part de respon-  
er, innocemment, incons-  
intoxication alcoolique. Il y  
terreur de « l'irritation »  
de Broussais, à des exagé-  
nes effroyables infligés aux  
ies les plus légères. On a  
a trop réagi. Il fut entendu  
siècle d'anémiques et de  
du sang : *sanguis moderator*  
s rôties à profusion et les  
es vins médicamenteux dits  
s parmi les vins riches en  
os, les Malagas, les Madères,  
véhicule au quinquina, à la  
s tard à la coca, à la kola et  
es, toutes ces préparations  
prescrivaient avec enthousi-  
istribuaient *largé manu*, dans  
ortifier l'organisme, de com-  
frayé la voie à l'alcoolisme  
ngereux : soit en incitant les  
ules de liqueurs nouvelles,  
considérer les alcoolats de  
e des boissons bienfaisantes

dont il se faut bien pénétrer,  
très nocif, comme dans le  
. Ses prétendues propriétés  
ar excitation légère de la  
sent très vite à une irritation  
trite subaiguë qui fait perdre  
chroniquement l'appétit. Ses  
antes ne sont dues qu'à la

stimulation momentanée du système nerveux. Le coup  
d'éperon fait bondir le cheval épuisé mais ne remplace pas  
l'avoine. Ses prétendus effets réchauffants sont également  
illusoire. Quand les peuples septentrionaux consomment  
beaucoup d'alcool, ils ne fournissent pas de vrais matériaux  
à la combustion respiratoire et ne fabriquent pas réelle-  
ment de la chaleur animale : ils ne font que monter artifi-  
ciellement leur système nerveux au ton d'une excitation  
factice capable de contrebalancer très momentanément  
l'action dépressive du froid. L'alcool excite, mais il ne  
nourrit ni ne réchauffe ; cela est aujourd'hui démontré.

Quand toutes les causes que nous avons énumérées plus  
haut : énorme surproduction des alcools d'industrie, aggro-  
mération dans les villes ou les centres industriels de  
masses ouvrières très nombreuses, expansion des liqueurs  
dites toniques et apéritives ; quand toutes ces causes  
eurent fonctionné durant quelques années, alors apparut  
*l'alcoolique*. Non plus le pochard bon enfant des chansons  
bachiques, mais le buveur qui peut ne se griser presque  
jamais, se croyant parfois à peu près sobre parce qu'il  
n'arrive que très rarement à l'ivresse aiguë, et qui  
s'imprègne quotidiennement de liqueurs distillées. L'imbibé  
chronique, d'ordinaire sombre et triste, — jamais chan-  
sonnier ne songera à célébrer la jovialité de l'absinthique, —  
perpétuellement mal à l'aise parce que ses organes fonc-  
tionnent mal, irascible, sujet aux opinions outrancières et  
aux explosions de fureur injustifiées, souvent sournois et  
vindictif, ajoutant volontiers la férocité à la violence : les  
innombrables drames de l'alcool qui emplissent chaque  
jour les faits divers des journaux le montrent surabon-  
damment. Une vieille ouvrière me résumait sous cette  
forme merveilleusement frappante le contraste entre  
l'ivrognerie de jadis et l'alcoolisme d'aujourd'hui : « Quand  
mon père rentrait gris, me disait-elle, on riait à la maison ;  
quand mon petit-fils rentre saoul, on tremble ».

La fréquence des cas de folie par alcoolisme augmente  
en France depuis 20 ans dans des proportions dont le  
public n'a généralement pas la moindre idée. Le nombre  
des aliénés de cette catégorie était en moyenne de 713 par  
année de 1866 à 1875. Il a été pour la seule année 1893  
de 3386. Si l'on prend en bloc le nombre des aliénés  
internés dans les asiles, on trouve qu'il y en avait, en chiffres  
ronds, 13.000 en 1875 ; il y en avait le double, soit 26.000,  
en 1897. Le chiffre des suicides a aussi presque doublé :  
5400 en 1875, 9200 en 1896. Le nombre s'accroît sans cesse  
des crimes ou délits commis par les alcooliques. Le jour  
approche où l'alcoolisme compromettra à tout instant la  
tranquillité de la rue et la sécurité de tous les citoyens.

Les tissus de l'alcoolique à l'état de déchéance sont  
infinitement peu résistants à toute cause de maladie et en  
particulier à l'invasion des microbes. La tuberculose

fauche les intempérants, par milliers. D'après une statistique récente due à M. Jacquet, sur 100 phthisiques soignés dans les hôpitaux de Paris, il y en a 71 qui doivent leur phthisie à l'alcool. Les buveurs sont d'ailleurs tout aussi incapables de résister à l'invasion des maladies aiguës.

De 1850 à 1897, la consommation de l'alcool en France s'est élevée de 1 lit. 12 à 4 lit. 72 par tête, c'est-à-dire qu'elle a quadruplé en 40 ans; la Belgique nous égale à peu près. Seuls le Danemark, la Hollande et l'Allemagne nous dépassent en peu. Mais dans presque tous ces pays il y a une légère diminution sur les chiffres d'il y a dix ans; nous, au contraire, nous progressons sans cesse. C'est en cela que notre situation est particulièrement effrayante; et aussi au point de vue de l'absinthisme.

La consommation de l'absinthe a passé de 18,000 hectolitres qu'on buvait en 1880 à 168,000 hectolitres en 1897; plus de 9 fois plus. C'est plus qu'il ne s'en consomme dans le reste du monde.

Voilà la situation telle qu'elle commençait à se dessiner nettement il y a une bonne vingtaine d'années; et elle s'est bien aggravée depuis. Mais qui la connaissait alors? Les médecins d'hôpitaux ou de centres ouvriers, qui voyaient augmenter sans cesse, dans le domaine de la médecine comme dans celui de la chirurgie, la fréquence et la gravité des complications nées de l'alcool. — Les médecins militaires, qui voyaient rapidement décroître, dans les régions contaminées, l'aptitude au service militaire, qui constataient, par exemple, qu'en Bretagne, les trois quarts des conscrits, ou *soixante quinze pour cent*, étaient réformés. — Les médecins aliénistes, qui voyaient grossir incessamment le chiffre des aliénés dans les asiles. Tels étaient les clairvoyants d'alors.

Mais le grand public ne se doutait de rien. En vain un romancier-observateur, ayant l'intuition de l'avenir, Émile Zola, peignait-il, avec une extraordinaire vigueur de touche, dans *l'Assommoir*, — qui est, sans conteste, son meilleur livre, et qui remonte, sauf erreur, à 1878, — le tableau, exact comme une photographie, d'un ménage ouvrier que l'alcool fait lentement sombrer dans la honte, la misère noire et la mort. Que peut un roman, même un roman à succès, pour modifier l'opinion publique?

Devant les plaintes et les cris de détresse de ceux qui voulaient attirer l'attention sur le péril grandissant, on haussait les épaules et on taxait les alarmistes d'exagération. La gravité et l'imminence du danger, éclatant de toutes parts, ont enfin éveillé le grand public qui commence à comprendre. Il est certain que les gens éclairés s'émeuvent du péril alcoolique. L'heure devient propice à l'action.

En matière d'alcoolisme on est à peu de guerir, on peut espérer prévenir. Qu'un proverbe est généralement vrai. L'ignorance des préjugés sur l'alcool considéré comme aliment d'épargne, l'aveuglement volontaire ne se grisant guère, ne peuvent se croquerment les oreilles d'une foule de buveurs conseils qu'on leur prodigue. Et, quand bien croiraient, quand on arriverait à leur persuader que l'alcool excite mais ne noie les liqueurs, et en particulier les apéritifs, que l'on peut, par l'usage quotidien mourir d'alcoolisme sans s'être jamais rience de tous les jours prouve que les tantes, les camaraderies d'atelier et de cabaret des railleries, les habitudes prises, tout cela retombent dans son vice le buveur qui a pris la résolution de se corriger. Il a d'ailleurs dû à surmonter que les obstacles moraux. Sa liqueur dont l'imprégnation n'est pas trop intense, l'alcoolique *moyen*, si on peut le dire, pour renoncer à ses habitudes qu'à faire une volonté qui coûte beaucoup, il est vrai, à vaincre. C'est sur celui-là que peuvent agir les tentatives de la réclame antialcoolique. Pour lui, profondément et de longue date, la chose est simple que se l'imagine le public. Outre cela, comme l'autre une résolution amère, il faut lui faire l'exécuter et y persévérer, que non seulement une privation désagréable, mais qu'il souffre de fatigues et très pénibles souffrances physiques est un intoxiqué dont le système nerveux excité, se détend et fléchit dès qu'il n'est plus par cette stimulation artificielle. Au fur et à mesure que l'excitation alcoolique se dissipe, la vigile du sujet fait place à une dépression d'autant plus que la stimulation primitive a été plus forte. L'alcoolisme y est depuis plus longtemps accoutumé qui ne se manifeste pas uniquement par des phénomènes subjectifs impossibles à constater par des symptômes objectifs constatables du côté des systèmes circulatoire et musculaire. L'alcoolique invétéré s'éveille pris de bâillements et de nausées, puis, avec efforts douloureux; tremblant de ne pouvoir exécuter aucun acte de précision de palpitations et d'intermittences cardiaques musculaires, etc. Il fait cesser ces symptômes en ingérant quelques verres de même façon que le morphinomane, à qui son poison cheri occasionne de cruels maux.

omènes sont, à vrai morphinomane que se peuvent délier par l'absorption ou morphine. S'ils otinue, dure un et u'à la longue. C'est ir cette lutte, une t encore moins de

fort véritablement. Ceux-là n'y réussissent par l'abstinence absolue. Ils sont courageux. Mais ils ne peuvent être. Pratique-l'adolescence qu'il t dès aujourd'hui er une génération sera un stimulant aux yeux desquels e s'abstenir d'eau-alcoolique en pitié e. En nous attelant l'années mettrons- l'entrevoir ? Dix, t long quinze ans ; ...

le l'Enseignement ; iversité.

l'esprit des jeunes alcool. Pour cela il tée exclusivement n devoir d'histoire l'el sans cesse à la nter incidemment à propos de compos'attachera à faire s de l'ivrognerie, y a une façon du s tout autant sinon tique où des pro-u'entraîne l'alcool, opos d'histoire, de

res de garçons la depuis 1899.

nde, pour affecter nelle, n'en est pas efficace. Si dans uvaient faire fond

sur le concours dévoué des femmes, ce ne serait pas là une force à dédaigner. On s'attache à persuader aux fillettes que si nous répétons partout à satiété que l'alcool est un abominable toxique, c'est afin de préserver leurs pères, leurs frères, leurs futurs maris d'un péril grandissant, et pour faire régner l'aisance et la gaieté en leur maison où l'alcoolisme apporterait la tristesse et la misère ; que leur bonheur, à elles, y est donc directement intéressé ; qu'elles ne doivent pas seulement se garder elles-mêmes d'un vice particulièrement bas et dégradant chez la femme, mais aussi tâcher d'en détourner les autres ; que le meilleur moyen qu'elles aient à leur portée pour cela, c'est d'être de bonnes petites ménagères, veillant à ce que le logis soit propre et bien tenu et la cuisine appétissante, de sorte que les hommes de la famille s'y trouvent bien et n'aient pas envie d'aller au cabaret ; qu'en un mot la femme peut beaucoup par ses qualités sérieuses d'ordre et d'économie, par ses qualités aimables de douceur et d'enjouement, pour fixer le père et les garçons à la maison.

C'est, du reste, une justice à rendre aux instituteurs et aux institutrices que de reconnaître qu'ils sont très disposés à être de vaillants soldats de l'anti-alcoolisme ; et l'on peut rendre la même justice aux professeurs de l'Enseignement secondaire des lycées et des collèges.

Je voudrais, en finissant, m'adresser encore aux femmes. Quoique la femme s'alcoolise infiniment moins que l'homme, quoique l'alcoolisme féminin soit, sauf en quelques régions exceptionnelles, vingt fois moins répandu que l'alcoolisme masculin, elle n'en est pas moins, comme épouse et comme mère, la grande victime, on pourrait dire la grande martyre de l'alcool. Et cela non pas seulement dans la classe ouvrière, mais même dans la classe moyenne, dans la bourgeoisie : nous sommes à cet égard, nous autres médecins, les dépositaires de bien des confidences navrantes. Combattre l'alcoolisme ce n'est pas seulement pour la femme faire œuvre de charité, c'est faire acte d'égoïsme intelligent et bien entendu.

Mettez-vous donc à cette œuvre-là. Mesdames. Vous pouvez beaucoup, comme éducatrices de la première enfance, pour inspirer dès le berceau à vos bébés la terreur et le dégoût de l'alcool. Vous pouvez beaucoup, par votre influence au foyer, pour préparer le mouvement d'opinion qui forcera la main aux pouvoirs publics et les amènera aux mesures légales qu'il faudra bien finir par prendre un jour. Vous ne votez pas, c'est vrai, — ou du moins pas encore ; — mais votre puissance, sachez-le, n'en est pas moins énorme. Et, comme l'a dit un éloquent député de la Chambre Belge, antialcooliste fervent : « Ce que femme veut, le corps électoral finit par le vouloir ! »

Dr H. FOLET.

**Obstruction complète du vagin et du méat urinaire par une tumeur kystique chez un nouveau-né. — Abouchement anormal de l'anus dans la vulve.**

par le docteur **Etienne Breton**, de Saint-Amand,  
lauréat de la Faculté de Lille.

Je fus mandé par une sage-femme de la ville pour un nouveau-né, du sexe féminin, qui, me dit-on, n'avait pas souillé ses langes depuis sa naissance, qui remontait à la veille. L'enfant pleurait, faisait de continuel efforts et l'on sollicitait ma présence immédiate.

Je me trouvai en présence d'un nourrisson d'apparence extérieure robuste, mais très rouge et pleurant sans cesse avec beaucoup d'efforts. A l'examen voici ce que je constatai : face normale, tégument intact, rien sur le corps, rien aux membres. Mon attention est aussitôt attirée vers les organes génitaux : chaque cri de l'enfant fait saillir entre les grandes lèvres une petite tumeur blanchâtre du volume d'une grosse noix, fluctuante, facilement réductible avec le doigt mais reparaisant à chaque effort. Pas d'anus ; au lieu et place de l'orifice une sorte de raphé fibreux longitudinal de deux centimètres et demi environ, dur, ressemblant assez à du tissu cicatriciel. Rien n'est visible des organes génitaux externes, ni petites lèvres, ni clitoris, ni méat urinaire, ni vagin. Il n'y a absolument que les grandes lèvres, et insérée sur leur pourtour une membrane fine, blanchâtre, qui par instants se tend et fait au dehors une saillie ovoïde du volume d'une grosse noix.

Il y a exactement vingt-six heures que l'enfant est née, elle ne cesse de crier, s'agite, fait de continuel efforts, une intervention urgente s'impose.

Aidé par la sage-femme, je fais mettre le nouveau-né dans la position de la taille, sur un coussin dur, les jambes bien écartées ; avec une pince à dissection je saisis la paroi de la petite poche et donne prudemment un coup de ciseaux fins. De la boutonnière s'échappe un liquide blanchâtre, crémeux, sans odeur, environ trois cuillerées à café. J'agrandis alors mon ouverture, et, minutieusement à la pince et aux ciseaux, rasant le bord interne des grandes lèvres je dissèque la poche du kyste, je découvre l'orifice vulvaire, le méat urinaire, mais toujours pas d'anus. Je pensais à une absence congénitale et j'allais intervenir, lorsque de la partie inférieure de la vulve je vois sourdre du méconium ; j'écarte, et je découvre, situé à la partie inférieure, mais nettement compris dans la vulve, un orifice d'où sort du méconium. J'y introduis un stylet qui chemine sans résistance, et avec une pince hémostatique, je dilate doucement l'orifice, du méconium s'échappe en abondance. Depuis, l'anus et le méat fonctionnent très bien, l'enfant prend le sein et se développe normalement.

Ce qui rend ce cas particulièrement intéressant, c'est d'abord la présence d'une tumeur kystique oblitérant totalement les organes génitaux externes au

point de supprimer la fonction urinaire ; ensuite cette anomalie étrange d'avoir l'anus compris dans l'orifice vulvaire, non pas cela a été signalé quelquefois sous forme de fistule venant s'aboucher en un point quelconque du vagin, mais un orifice net et bien circonscrit. L'enfant n'urinait pas, parce que son méat était recouvert par la tumeur, il ne rendait pas son méconium, parce qu'ayant un anus anormal le kyste qui recouvrait toute la vulve l'oblitérait totalement.

Faudra-t-il intervenir dans l'avenir ?

Cette particularité d'anus vulvaire semble compatible avec la vie. MORGAGNI ne rapporte-t-il pas l'histoire d'une juive ayant un anus s'ouvrant dans la vulve et qui vécut jusque cent ans, jouissant de toutes les prérogatives de son sexe !

#### Un cas de zona thoracique ayant évolué au cours d'une vaccine

par **Edg. Loubry**, Interne des hôpitaux.

Nous venons d'observer, dans le service de M. le professeur DUBAR, un cas de zona, curieux par son évolution parallèle à celle d'une vaccine.

Le nommé Tr... Charles, âgé de 18 ans, entre le 20 décembre 1901 à la clinique chirurgicale de la Charité. Il est porteur, au niveau de la cuisse gauche de deux fistules consécutives à de l'ostéopériostite du fémur, datant de plusieurs années.

Dans les antécédents personnels du malade, on note seulement une attaque d'influenza en 1899. Disons de suite qu'aucune lésion de l'appareil respiratoire n'a été trouvée. A l'examen de la poitrine, l'attention est aussitôt attirée par une éruption localisée à la moitié droite du thorax et constituée par des groupes de pustules recouvertes de croûtes jaunâtres occupant une ligne horizontale qui correspond aux 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> espaces intercostaux. Cette éruption s'arrête brusquement, tant en avant qu'en arrière, au niveau de la ligne médiane.

Le malade n'a jamais ressenti dans cette région de véritables douleurs, tout au plus des picotements, des fourmillements sans grande importance. Le début remonte aux premiers jours de décembre : à ce moment, l'éruption était formée de groupes de petites vésicules renfermant un liquide clair et entourées d'une auréole inflammatoire.

Le diagnostic de zona ayant été posé, il s'agissait de trouver sa cause.

Jamais le malade n'a présenté d'éruption de la peau, quelle qu'elle soit. L'interrogatoire ne nous donne aucun renseignement permettant d'expliquer ce zona par une de ses causes habituelles, tels que traumatisme, froid humide, intoxications diverses, troubles dyspeptiques chroniques, diabète.

Cependant, nous voyons que le bras gauche du malade présente trois pustules vaccinales : en effet, celui-ci nous dit avoir été vacciné le 2 décembre dernier. Sa vaccine a évolué normalement et n'a pas été suivie de généralisation ni d'éruption autre que ce zona. Celui-ci est apparu quatre ou cinq jours après l'inoculation. Actuellement, six semaines après le début, l'éruption a disparu en laissant

es très apparentes : aucun trouble de  
oter.

là d'un cas cas de zona ayant évolué  
ie. Peut-on imputer à cette dernière,  
ectieuse, l'éruption observée? Dans  
iographiques, nous n'avons trouvé  
nre. Nous nous garderons bien de  
at à une relation de cause à effet entre  
qu'il nous soit tout au moins permis  
plus qu'une simple coïncidence. En  
ain nombre de cas de zona évoluant  
s la convalescence de maladies infec-  
pneumonia, grippe, fièvre typhoïde,

### Bodo Urinarius d'Hassall

eur Tonnel, de La Madeleine.

e numéro de février de la *Revue*  
*d de la France*, M. le professeur  
t une étude sur le Bodo Urinarius  
du Cytomonas Urinaria de BLAN-  
giomonas Urinaria de BRAUN), à  
rine alcaline que nous lui avons  
que. Cette urine, émise par un  
re chronique, contenait un grand  
s flagellés qui ne se retrouvèrent  
iens ultérieurs, quand on recueillit  
ient. M. le professeur BARROIS,  
vations de KUNSTLER, de HASSALL,  
t point que ce flagellé pût garder  
pathogénie humaine, et bien que  
miner exactement les conditions  
daient à la genèse de ces animal-  
il n'admettait pas, contrairement  
STLER, que le Bodo pût s'introduire  
naires de l'homme et y vivre en

servation que j'ai eu l'occasion de  
ne permet actuellement de con-  
ions de M. le professeur BARROIS,  
le Bodo Urinarius qu'une forme de  
bilis de SAR. KENT, si commune  
is végétales.

rine alcaline d'un dyspeptique qui  
la nuit, je trouvai une multitude  
obiles, à côté d'innombrables bac-  
s cristaux d'urates de chaux et de  
niaco-magnésiens. L'analyse de  
ante :

Densité : 1018

Couleur : ambrée

Aspect : trouble

Odeur : légèrement ammoniacale

Réaction : alcaline

Urée : 38 gr. par litre

Acide urique : 0.60 centigr par litre

Chlorures : 15 gr. par litre

Acide phosphorique : 2 gr 50 par litre

Albumine : 0

Sucres : 0

Bile : 0

Mucine en petite quantité

Les infusoires fixés par l'acide picro-sulfurique, ou  
par le réactif iodo-ioduré fortement iodé, sont abso-  
lument identiques à ceux que nous avons vus  
en 1895. Leur forme est celle d'une semelle de sou-  
lier légèrement renflée à la portion antérieure, effilée  
plus ou moins à la partie postérieure, étreinte par une  
encoche plus ou moins profonde à la partie moyenne.  
Dans le plus grand nombre d'individus examinés le  
premier jour, un seul cil, long, très flexible, moins  
coloré que le reste de l'animalcule, se voit à la partie  
antérieure du flagellé. Plus tard, on peut constater un  
accroissement dans les dimensions moyennes des  
monades qui, d'environ 10  $\mu$ , varient le troisième  
jour entre 12 et 16  $\mu$  sur 8 à 8 $\mu$ 5, et l'on rencontre  
alors plus d'individus portant deux cils à la partie  
antérieure, et parfois un cil à la partie obtuse. Ce  
dernier cil est plus long, plus gros, moins flexueux,  
moins mobile que les deux autres. Le corps est  
constitué par du protoplasma clair, contenant de  
fines granulations, et présente le plus généralement  
une seule vésicule contractile.

Je sonde le malade dans l'après-midi, et je retire  
une urine alcaline qui ne contient plus d'infusoires.  
Le lendemain matin, dans l'urine émise la nuit, je  
n'en rencontre pas encore. Sur mes conseils, le malade  
laisse l'urine séjourner dans le vase et, à ma profonde  
stupéfaction, quarante-huit heures plus tard, un  
examen microscopique me révèle la présence de  
flagellates identiques aux premiers. Mon malade, que  
je sonde de nouveau, n'en a point.

Une conclusion bien nette s'imposait dès lors : le  
Bodo que je rencontrais n'était pas un parasite ; il  
arrivait dans l'urine sous l'influence de conditions  
spéciales qu'il s'agissait pour moi de déterminer.

Je vide le vase que je fais nettoyer à l'eau bouillante  
et à l'acide azotique, j'y mets l'urine que je retire par  
le cathétérisme de la vessie, et je le place dans la  
ruelle du lit du malade, là précisément où je l'avais  
trouvé dans mes examens antérieurs. Différents fla-  
cons renfermant l'urine de la journée sont placés dans  
d'autres parties de la chambre. Quelques jours plus

tard je trouve du Bodo Urinarius dans le premier vase et, malgré des recherches attentives, je n'en vois point dans les autres. Cette expérience, recommencée plusieurs fois, me donne toujours les mêmes résultats.

Dès lors, après avoir de nouveau aseptisé divers flacons, je les plaçai dans la ruelle et je les couvris. Ils y restèrent huit jours et jamais je n'y pus retrouver le Bodo Urinarius dans ces conditions. Celui-ci n'y apparut au bout de quarante-huit heures environ, qu'après y avoir plongé dans l'urine qu'ils contenaient, les couvercles en papier qui me servaient à les fermer. Chose étrange, mon expérience, recommencée à trois reprises différentes, m'indiquait toujours deux vases contaminés du Bodo, à l'exclusion des six autres placés dans la même partie de la chambre, et cette contamination était toujours déterminée par la situation que les vases occupaient dans la ruelle. Les flacons, placés juste au milieu de cette ruelle, contenaient seuls du Bodo.

Ce fait d'observation me donna la clef du mystère, car, en examinant les couvercles de mes flacons, je constatais sur leur face supérieure la présence de grains de millet plus ou moins croqués par des oiseaux qui se trouvaient dans une cage suspendue au mur de la chambre, au-dessus de mes vases contaminés. C'était à ces grains de millet qui tombaient dans l'urine que je devais la rencontre du Bodo Urinarius. Et, en effet, quand je fis étendre sous la cage un linge destiné à recevoir les débris de la nourriture des serins, je ne revis plus le pseudo-parasite, qui apparaissait dans l'urine infailliblement, au bout de quarante-huit heures environ, quand j'y jetais quelques grains de millet. Les cultures que j'obtenais ainsi étaient de superbes bouillons de Bodo, à l'exclusion de tout autre monade.

Il ne peut donc y avoir de doute au sujet de mon observation : mon dyspeptique n'avait aucun parasite dans sa vessie. Celui-ci était dû à la chute de quelques grains de millet dans les vases qui contenaient l'urine de mon malade.

A diverses reprises, sous l'influence du traitement, l'urine de mon malade devint acide, et jamais alors, même en y mettant du millet, je n'y pus rencontrer le Bodo. Celui-ci est toujours apparu dans des urines alcalines, et je ne l'ai point vu se développer dans une urine normale.

En somme, comme M. le professeur BARROIS l'affirme dans son article précité, les cas de parasitisme vrai

pour le Bodo Urinarius sont notre observation vient confirmer. Nos observations ont été examinées par HASSALL, par étaient des urines alcalines tibles, par conséquent, d'av des matières végétales. Si Trichomonas dont MARCHAND présence dans la vessie de qu'on ne peut accorder la r monades dans la pathologie veut bien remarquer que c monas, entr'autres l'Oikou KENT, peuvent se développ vegetales faites avec de l'e Bodo Urinarius présente pl d'un caractère zoologiques c dans cette classe d'infusoirs développait à l'exclusion de alcalines, à la condition exp organismes végétaux, con nous expliquerait pourquoi comme Roos, ont pu le renc des salles de cholériques, et jours suivants.

## Consultations Méd

### TRAITEMENT I

#### Informations cliniques.

lésion élémentaire du psoriasis lenticulaire blanche, saillante, mant aisément par grattage, bougie » caractéristique. Cette rouge, facilement saignante ; ce dépasse légèrement sous form sique si celui-ci est en état d'é éruptif a atteint son apogée, ce signe de pronostic au point c lésion.

La dimension de l'élément punctiforme jusqu'à la large su carrés. Au point de vue morph discoïde, ou bien testonné, a plus ou moins parfaits, le centi saine, la périphérie occupée par sis figuré).

L'extension est extrêmement

ou trois taches, jusqu'à couvrir la majeure partie du tégument.

Dans les cas d'éruption discrète, points de localisation très nets des coudes et des genoux. En cas d'élément frappant la vue du médecin sur une autre partie du corps, se reporter à ces points d'élection ; dans la grande majorité des cas, la recherche sera positive. Souvent aussi, le cuir chevelu est atteint, et dans les cas douteux, toujours l'explorer à la vue, et, chez les personnes ayant les cheveux longs, à l'aide du toucher.

Le psoriasis ne provoque, sauf dans les cas rares de « psoriasis irritable », pas de phénomènes subjectifs ; et dans maints cas, s'il est discret, le porteur en ignore l'existence. Son évolution procède le plus souvent par poussées séparées par des intervalles d'accalmie. Au bout d'un temps variable, la poussée tend à disparaître spontanément. Ce fait a des conséquences intéressantes au point de vue de l'appréciation de l'efficacité de telle ou telle méthode thérapeutique.

Dans les cas atypiques, le psoriasis peut envahir les régions habituellement épargnées, particulièrement les plis de flexion. Dans ces cas, l'exanthème perd ses caractères de lésion essentiellement squameuse ; les parties deviennent rouges, parfois un peu suintantes, elles se recouvrent de croûtes grasses, jaunâtres ; on est en face de l'un de ces cas ambigus qui constituent des faits de passage entre le psoriasis et les séborrhéides (Eczéma séborrhéique de UNNA).

Parfois, spontanément ou sous l'influence d'une médication irritante, l'éruption se généralise sous forme d'une érythrodermie plus ou moins intense, plus ou moins tenace, constituant ce qu'on a appelé le psoriasis aigu.

Le psoriasis se concilie avec une santé générale parfaite ; dans la majorité des cas, il se développe chez des personnes vigoureuses (*morbus fortiorum*) ; il fait le plus souvent son apparition de quinze à vingt-cinq ans. Le terrain le plus favorable à son éclosion paraît être le tempérament neuro-arthritique. On a signalé parfois un certain balancement entre les manifestations cutanées et des attaques d'asthme, de la dyspepsie, des migraines, etc., etc.

En résumé, ce qui fait avant tout la gravité de la maladie, abstraction faite de son étendue, c'est sa tendance à d'incessantes récidives.

**Indications pathogéniques.** — On connaît fort peu de chose sur la pathogénie de psoriasis. En dehors des constatations de fait que l'affection est assez souvent héréditaire, qu'elle se rencontre le plus souvent chez des personnes dont l'habitus général, les prédispositions morbides se rattachent à la grande famille des maladies par ralentissement de la nutrition ou **arthritisme**, dans la signification moderne du mot, l'étiologie apporte peu d'éclaircissements à l'instauration du traitement.

Deux théories se partagent les auteurs : les uns s'appuyant

sur les tout à fait rares cas de contagion ou d'inoculation expérimentale ou accidentelle (psoriasis vaccinal), sur des recherches de laboratoire qui ont donné du reste des résultats contradictoires ; sur la marche centrifuge des lésions dans les cas de psoriasis figuré, marche singulièrement comparable à celle des mycoses cutanées ; enfin et surtout sur le fait d'expérience que les meilleurs médicaments locaux du psoriasis sont des antiseptiques énergiques, n'hésitent pas à faire de cette affection une **maladie parasitaire**.

La seconde théorie, s'appuyant sur le fait que le psoriasis se développe souvent sous l'influence de causes morales, sur ce que sa disposition est fréquemment symétrique des deux côtés du corps, qu'elle suit parfois très nettement le trajet d'un filet nerveux, ou affecte une disposition zoniforme ; qu'il existe une forme particulière, forme douloureuse du psoriasis, s'accompagnant de dysesthésies, et d'arthropathies à rapprocher de celles observées dans le rhumatisme chronique déformant ou dans les manifestations articulaires de diverses affections nerveuses centrales ou périphériques, **incrimine le système nerveux**, et fait du psoriasis une maladie à rapprocher du zona.

Enfin une théorie mixte se demande si les toxines d'un parasite ne seraient pas susceptibles de porter leur action sur l'axe cérébro-spinal ou les nerfs périphériques ; de la sorte, chaque explication aurait sa part de réalité.

**Traitement.** — A. **HYGIÈNE ET DIÉTÉTIQUE.** — Ce que nous avons dit du terrain sur lequel se développe de préférence le psoriasis conduit à conseiller au malade une diététique particulière. En fait, il résulte d'observations multipliées que les psoriasiques se trouvent mal d'une alimentation carnée excessive ; il sera donc bon de leur conseiller de n'absorber de la viande qu'à l'un des deux principaux repas ; dans les cas sévères, le régime végétarien absolu ou mitigé sera recommandé. De même, les aliments fermentés, les fromages de haut goût, les salaisons, l'alcool sous toutes ses formes seront, suivant les cas, restreints ou proscrits. Une médication alcaline ou lithinée à domicile ou aux sources minérales elles-mêmes donnera souvent de bons résultats.

Une hygiène bien comprise, un exercice corporel régulier, des pratiques hydrothérapiques qui assureront le bon fonctionnement de la peau seront conseillés aux malades.

B. — **MÉDICATION INTERNE.** Nous nous contenterons d'indiquer les médicaments dont l'action s'est montrée indiscutablement efficace.

1° **Arsenic.** — Le plus en vogue des médicaments internes : il est peu de psoriasiques qui n'aient absorbé force compositions arsenicales. Un principe général, c'est que la médication arsenicale n'agit qu'à hautes doses. Quel que soit donc l'agent employé, il faudra le donner à doses progres-



sives; pour atteindre les limites de la tolérance, variables avec chaque sujet considéré. Débuter toujours par des doses minima.

On peut employer : la **solution de Fowler** (arsénite de potasse). Commencer par quatre à six gouttes dans un peu de vin ou de bière au début de chacun des deux principaux repas ; augmenter cette dose d'une goutte tous les deux jours. On arrive de la sorte facilement à une vingtaine de gouttes ; s'il n'y a pas d'intolérance, on continuera à augmenter la dose jusqu'à ce que les troubles digestifs prémonitoires aient indiqué la limite qu'il ne faut pas dépasser. Le traitement sera continué plusieurs mois ; ne pas l'interrompre brusquement, mais suivre une marche descendante, en parcourant la marche inverse à celle qui a présidé à la recherche de la dose de tolérance maxima.

Au lieu de liqueur de FOWLER, on pourra avoir recours à la **liqueur de Pearson** (arséniate de soude), en se souvenant qu'il faut employer des doses doubles de celles de la liqueur de FOWLER. L'acide arsénieux en solution sous forme de liqueur de BOUDIN (solution au millième d'acide arsénieux dans de l'eau) permet un dosage et une progression faciles. Bon nombre de malades arrivent à tolérer de deux à trois centigrammes d'acide arsénieux, soit trente à quarante grammes de solution de BOUDIN.

Dans ces dernières années, un nouveau composé arsénical qui permet des doses infiniment supérieures, l'**acide cacodylique** (acide arsénique diméthylé) a été préconisé. Il est le plus souvent administré sous forme de cacodylate de soude. On arrive avec lui à faire tolérer par l'organisme des doses d'arsenic dix et quinze fois supérieures à celles jusqu'à présent employées. On commence par cinq centigrammes de cacodylate de soude en solution, administré comme il est indiqué pour la liqueur de Fowler. Augmenter de deux centigrammes tous les deux jours. On pourra de la sorte arriver à une vingtaine de centigrammes, contenant la même quantité d'arsenic que quarante-cinq centigrammes d'arséniate de soude. Au lieu de la voie gastrique, on pourra employer la voie sous-cutanée ; il existe dans le commerce des ampoules stérilisées de solution de cacodylate de soude d'un emploi très aisé.

Il ne faut pas oublier d'être très prudent dans cette médication et certains cas d'intoxication ont démontré que l'on était allé dans cette voie peut-être un peu vite et un peu loin.

**L'eau de la Bourboule**, qui contient 28 milligrammes d'arséniate de soude par bouteille, pourra être conseillée en débutant, comme on le fait à la saison même, par une verrée, et en arrivant progressivement à trois, en ayant bien soin de fractionner les doses et de les ingérer au moment de se mettre à table.

**Quant au résultat thérapeutique de la médication arsenicale, il est souvent médiocre ;** il semble que l'arsenic n'agisse qu'aux doses qui apportent une profonde pertur-

bation dans l'organisme ; il n'aurait plus alors de vertu particulière ; on sait, en effet, que sous l'influence d'une affection sérieuse intercurrente, on voit souvent le psoriasis ou plutôt la poussée psoriasique s'éteindre rapidement. Que la perturbation soit toxique au lieu d'être pathologique, l'effet obtenu serait le même et explicable de la même façon, sans qu'il y ait lieu d'invoquer en faveur du médicament la moindre action spécifique.

**2° Iodure de potassium.** — L'emploi de l'iodure de potassium à hautes doses dans le psoriasis a été surtout préconisé par HASLUND, qui est arrivé à des doses formidables : 20, 30, 40, jusqu'à 50 grammes par jour. Il débute par l'administration quotidienne de 3 à 4 grammes, en solution aqueuse, et augmente de 2 grammes par jour jusqu'aux dates indiquées. La durée moyenne de la cure est de quatre à six semaines. Il faut bien recommander au patient de faire suivre l'administration de chaque dose de l'ingestion d'une verrée d'eau pour empêcher l'intolérance gastrique. Sans aller aussi loin, l'administration de 10 à 12 grammes donne parfois de bons résultats.

L'indication de l'iodure se rencontre surtout dans les psoriasis douloureux compliqués d'arthropathies. Il semble également que, en associant l'iodure à l'intérieur avec la médication externe, on arrive plus rapidement à la disparition de l'exanthème.

En somme, il ne s'agit là que d'un traitement d'exception ; la tolérance pour les hautes doses est plutôt rare ; mais c'est une thérapeutique que l'on peut être appelé à mettre en œuvre parfois. Comme mécanisme d'action, ce serait surtout par action générale altérante, comme l'arsenic, qu'agirait l'iodure de potassium.

**3° Mercure et Mercuriaux.** — Le mercure ou ses composés, sous forme d'injections intra-musculaires, a donné quelques bons résultats. On n'y aura recours que rarement, dans des cas spécialement rebelles. On mettra en œuvre soit les injections d'huile grise, soit celles de calomel, aux doses et avec la technique que nous avons longuement exposées à propos du traitement de la syphilis.

**4° Opothérapie thyroïdienne.** — Cette médication compte un certain nombre de succès ; mais les dangers des préparations thyroïdiennes est tel qu'on n'y aura recours que très rarement. « C'est un remède de désespéré », dit THIBIERGE qui en a fait une excellente étude. Ce n'est que dans les cas où tout a échoué que l'on est autorisé à essayer des diverses préparations thyroïdiennes qui foisonnent du reste sur le marché.

De l'étude que nous venons de faire des ressources offertes par la médication interne, nous concluons que celle-ci, pour être vraiment efficace, nécessite l'emploi de doses considérables de produits toxiques ; et que l'on n'arrive à des résultats sérieux qu'au prix d'une altération de la santé générale. Elle



être recommandée. Tout  
néral, conseillerions-nous  
administrées d'une façon  
l'indication que dans des

— L'emploi de tout agent  
nent psoriasique doit être  
**capage de l'élément**  
uameuse qui recouvre et  
ent. Ce décapage consis-  
stration d'un bain tiède  
ammes environ de sous-  
, le malade frictionnera  
morbides avec du savon  
peu dure. Ce décapage  
s que les lamelles épider-  
nt. Dans certains cas, on  
bain par l'application de  
ira soin d'enlever trois à  
macération sous-jacente  
rieurs ou inférieurs, on  
caoutchouc. Chaque fois  
imperméable, savonnage

es décapés, il y aura lieu  
au cas considéré. Il faut  
**ins principes géné-**  
se majorité des cas, le  
orte, sans se révolter en  
plus énergiques, il faudra  
**intolérance indivi-**  
ses faibles de principes  
u tégument. **Les indi-**  
**lan, les cas de pso-**  
**ontraire discret.** Des  
nt appliqués sur quelques  
es accidents graves s'ils  
surfaces.

yées sans adjonctions, les  
aiche, vaseline, lanoline,  
une action déjà efficace :  
ritable, elles sont seules  
ns plus énergiques, à la  
utanée, il faut savoir y  
ombre de vieux psoriasi-  
apeutiques dont ils ont  
viennent plus réclamer à  
peu d'axonge.

us sa forme la plus em-  
évrier oxycèdre ou huile  
: d'années encore, l'anti-

psoriasique le plus employé, au moins dans la clientèle  
hospitalière. On l'étend généralement de glycérine, cons-  
tituant ainsi un glycérolé cadique dans lequel la proportion  
d'huile de cade varie de 10 à 50 pour 100. Voici les deux  
formules les plus employées :

**Glycérolé cadique faible de VIDAL :**

Huile de cade vraie.....	10 gr.
Extrait fluide de Panama ou savon noir.	q. s. pour émulsionner
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre	90 gr.
Essence de girofle.....	q. s.

**Glycérolé cadique fort :**

Huile de cade vraie.....	50 gr.
Extrait fluide de Panama ou savon noir.	5 gr.
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre	45 gr.
Essence de girofle.....	q. s.

Suivant la susceptibilité individuel, l'étendue des  
lésions, leur siège, le médecin emploiera l'une ou l'autre  
formule modifiée suivant l'indication.

L'application se fera tous les soirs, et le malade gardera  
pendant le jour au contact des éléments un morceau de lint  
fixé par une bande ou, si l'éruption est discrète, des mor-  
ceaux d'emplâtre adhésif simple.

Les inconvénients de cette médication sont, en dehors de  
l'intoxication générale par le goudron, extraordinairement  
rare, la poussée de ce que l'on appelle l'acné cadique : on  
évitera cette complication par une surveillance attentive,  
des bains fréquents, l'emploi de pommades à l'oxyde de  
zinc, à la première menace.

L'inconvénient le plus sérieux est indiscutablement l'odeur  
pénétrante et désagréable du goudron. La couleur brune du  
médicament rend aussi son emploi difficile à la face et aux  
mains quand le malade veut suivre un traitement ambula-  
toire et ne pas consacrer quelques semaines uniquement à  
se traiter.

Ces inconvénients sont en partie évités par l'emploi de  
collodion acétonique à l'huile de cade, dont voici la for-  
mule (GAUCHER) :

Collodion à l'acétone anhydre et pure .....	60 gr.
Huile de cade de genévrier pure .....	30 gr.

Badigeonnages chaque jour avec un pinceau de ouate sur  
toutes les parties atteintes. Le matin, le malade fait un  
lavage avec de l'eau tiède avant la nouvelle application du  
tonique.

Enfin, il existe des emplâtres à l'huile de cade qui per-  
mettent aussi le traitement ambulatoire (Emplâtres médica-  
menteux de VIGIER ou de CAVAILLÈS).

3° **Acide pyrogallique.** — Agit plus rapidement que  
l'huile de cade, et est inodore ; mais ne saurait être appliqué  
sur de vastes surfaces sans risque d'intoxication parfois fort  
grave ; pendant l'application, surveiller avec soin l'usage  
du malade qui, à la première alerte, prend une teinte vert  
olive ou noirâtre. L'acide pyrogallique a en outre l'inconvé-

nient de teindre fortement la peau en noir, de tacher le linge. Il s'emploie en pommades :

Acide pyrogallique..... 5 à 10 grammes  
Vaseline..... 100 grammes

à laquelle on peut ajouter de 1 à 3 grammes d'acide salicylique.

4° **Acide chrysophanique.** — Donne des résultats plus rapides encore que l'acide pyrogallique, mais il peut provoquer des accidents locaux ou généraux : de la conjonctivite, des érythrodermies localisées ou généralisées, de la véritable dermite allant jusqu'à la vésication, etc., etc. On se sert, soit d'une pommade au dixième que l'on étend une fois par jour sur les placards décapés, soit d'une solution d'acide chrysophanique dans du chloroforme au dixième, solution que l'on applique au pinceau sur les placards, que l'on laisse sécher et que l'on recouvre ensuite d'une couche de traumaticine (solution de gutta-percha dans le chloroforme à 1/10).

On peut également employer des emplâtres à l'acide chrysophanique.

Après quelques jours, tandis que les placards psoriasiques blanchissent, on voit la peau environnante rougir d'abord sur leurs bords; rapidement, cette rougeur s'étend, constituant l'érythème chrysophanique sur la rougeur diffuse duquel se détachent en blanc les taches psoriasiques. Il faut s'arrêter dès que l'érythème devient intense, se contenter d'onctions grasses. En somme, manié prudemment, par surfaces de dimensions restreintes, l'acide chrysophanique est le plus actif des antipsoriasiques. Eviter son emploi chez les jeunes enfants, surveiller de très près les peaux fines et irritables.

5° **Mercuriaux, Naphtol, Acide salicylique.** — Ces médicaments seront généralement associés aux précédents en proportions variables dans le cas de lésions trop étendues, ou d'intolérance médicamenteuse. L'association suivante, par exemple, donne parfois de bons résultats et peut être appliquée plus largement que l'acide pyrogallique ou l'acide chrysophanique :

Vaseline..... 100 grammes  
Acide pyrogallique.....  
Acide chrysophanique.....  
Ichthyol..... }  
Naphtol..... } à 2 grammes  
Acide salicylique..... }

## VARIÉTÉS & ANECDOTES

### La Méthode

Bien avant l'application à l'art dentaire du chloroforme ou du somnol, un dentiste annonçait qu'il pratiquait l'extraction des dents sans douleur.

Un client se présente et aussitôt le praticien se met en de-

voir d'opérer. Le client pousse un cri de douleur, et le dentiste retire son davier.

— Je croyais que vous opéreriez sans douleur ! gémit le patient.

— Sans doute, réplique le dentiste, et il n'y en a pas non plus par mon procédé. Celui que je viens de vous appliquer est celui de l'anglais CARTWRIGHT ; oui, c'est ainsi qu'il s'y prenait.

Sur ces mots, nouvel effort de l'opérateur, cris redoublés du patient.

— Ah ! maintenant, ceci est la manière du Français DUMERGE. Je comprends qu'elle ne vous plaise pas plus que l'autre.

Un troisième tour de poignet, hurlements répétés de la part de l'opéré.

— Ceci est le procédé de PARKINSON, aussi douloureux que les deux précédents, observe le dentiste.

Après ces trois violentes secousses, la dent, fortement ébranlée, ne tenait pour ainsi dire plus.

— Et voici, s'écrie d'un ton triomphant le charlatan en exhibant aux yeux de sa victime une molaire énorme, voici ma méthode à moi ! (*Journal médical de Bruxelles*)

## MOTS DE LA FIN

MALENTENDU. — *Le Judent*, de Munich, raconte l'aventure suivante :

Il y a quelque temps, la propriétaire d'un hôtel d'une station thermale bavaroisée reçut d'Angleterre une lettre signée d'une certaine miss Brown qui lui annonçait l'intention de venir passer la saison chez elle. Miss Brown demandait, avant de se décider, quelques renseignements. Elle tenait à savoir, notamment, s'il y avait dans l'hôtel des W.-C. confortables.

— Des W.-C. ? se dit l'hôtesse, qu'est-ce que c'est que ça ? Après s'être longtemps creusé la tête, elle songea : les Anglais sont très dévots ; cette demoiselle est dévote et malade, elle veut savoir si nous avons une bonne église. Elle ouvrit un dictionnaire, y trouva les mots *Well* et *Church* et fut tout à fait rassurée. Elle prit sa plume et écrivit à miss Brown :

« Nous avons une W.-C. confortable, à peu de distance de l'hôtel. Mais quand y veut une bonne place, il faut la louer d'avance. Au reste, il n'y a guère de monde que le dimanche. »

Miss Brown n'est pas venue chez l'hôtesse.

(*Lyon Médical*).

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous adressons nos meilleures félicitations à M. le docteur Doizy, de Flize (Ardennes), à qui viennent d'être conférées les palmes académiques. Ses anciens maîtres et ses cama-

satisfaction la distinction dont

les récentes promotions dans le  
s noms suivants qui intéressent  
s médecins aide-majors de 1<sup>re</sup>  
PUICH, au 3<sup>e</sup> chasseurs à cheval  
45<sup>e</sup> d'infanterie à Laon; MASSIP,  
euge.

### Honorifiques

Sont nommés : *Officier de l'Ins-*  
teur BROHON, de Paris. *Officiers*  
s LUCAS, FLAMMARION, SOCRNIAC,  
SABATIE, de Paris; BANNIN, à  
rdenne).

### & SOCIÉTÉS

M. le Docteur GALIPPE est élu  
e docteur NEUMANN, correspon-

### rologie

noncer à nos lecteurs la mort  
REL, des Mées (Basses-Alpes);

LALLOUR, médecin de 1<sup>re</sup> classe  
BRAUX (Ardenne); DEVERNOY,

MATHIEU et PEILLON, de Lyon  
emi-Lude (Rhône); LEMERÉ,

i père, de Péronne (Somme);  
mme); BALLAY, gouverneur

ntale; MARCHAND, de Montils  
Lembeye (Basses-Pyrénées);

-Pyrénées); LESOURD, médecin  
, de Chazay d'Azergues (Rhône);

; salles militaires de l'hôpital  
e); SOSTRAT, de Mirambeau

### u bureau du journal

men et de l'orientation, par le  
bibliothèque scientifique inter-

es digestives, du professeur  
ourant des derniers travaux, par  
CHON et SABRAZÈS, Paris, MASSON.

reulose pulmonaire au point  
sanatorium Alice Fagniez, à  
E. VIDAL, (Hyères), communi-  
cations Londres, 1901.  
ntal de médecine du Nord,  
l, 1901.

TARRHES. — L'Emulsion  
re préparation créosotée. Elle  
expectoration.

SYSTÈME NERVEUX  
E PRUNIER

ite de Chaux pur)

rue Nicolas-Leblanc.

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

5<sup>e</sup> SEMAINE, DU 26 JANVIER AU 1<sup>er</sup> FÉVRIER 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES À LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .	7	2
3 mois à un an . . . . .	3	7
1 an à 2 ans . . . . .	2	»
2 à 5 ans . . . . .	3	1
5 à 10 ans . . . . .	2	1
10 à 20 ans . . . . .	»	1
20 à 40 ans . . . . .	7	9
40 à 60 ans . . . . .	12	6
60 à 80 ans . . . . .	12	14
80 ans et au-dessus . . . . .	1	4
Total . . . . .	49	45

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS	MAISSANCES par quartier
TOTAL des DÉCÈS	3 8 17 2 19 25 13 15 5 13 19 1 8 127
Autres causes de décès	2 5 7 11 19 25 13 15 5 13 19 1 8 127
Homicide	» » » » » » » » » » » » » »
Suicide	» » » » » » » » » » » » » »
Accident	» » » » » » » » » » » » » »
Autres tuberculeuses	» » » » » » » » » » » » » »
Méningite tuberculeuse	» » » » » » » » » » » » » »
Phtisie pulmonaire	» » » » » » » » » » » » » »
Diarrée et typhoïde	» » » » » » » » » » » » » »
plus de 5 ans	» » » » » » » » » » » » » »
de 2 à 5 ans	» » » » » » » » » » » » » »
moins de 2 ans	» » » » » » » » » » » » » »
Maladies organiques du cœur	» » » » » » » » » » » » » »
Maladies organiques	» » » » » » » » » » » » » »
et pneumonie	1 3 1 1 1 1 3 2 2 3 1 1 1 18
Bronchite	» » » » » » » » » » » » » »
Apoplexie cérébrale	» » » » » » » » » » » » » »
Autres	» » » » » » » » » » » » » »
Coqueluche	» » » » » » » » » » » » » »
Grippe et diphtérie	» » » » » » » » » » » » » »
Pneumonie	» » » » » » » » » » » » » »
Scarlatine	» » » » » » » » » » » » » »
Rougeole	» » » » » » » » » » » » » »
Varicelle	» » » » » » » » » » » » » »

### Répartition des décès par quartier

Hôtel-de-ville, 19,892 hab.  
Gare et St-Sauveur, 27,670 hab.  
Moulins, 24,947 hab.  
Wazemmes, 36,782 hab.  
Vauban, 20,381 hab.  
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.  
Esquermes, 11,381 hab.  
Saint-Maurice, 11,212 hab.  
Fives, 24,191 hab.  
Canféléu, 2,836 hab.  
Sud, 5,908 hab.

Total.

Le gérant : TH. CLERQUIN.

# L'ECHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique; **Barrois**, professeur de parasitologie; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur; **Carlier**, professeur agrégé; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris; **Looten**, médecin des hôpitaux; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce; **Oui**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** : Grossesse extra-utérine : Enfant mort; Laparotomie, marsupialisation du kyste frontal; Guérison, par MM. V. Carlier et M. Oui, professeurs agrégés à l'Université de Lille — **CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES** : Chorée, par MM. le professeur F. Combemale et le docteur Ingelrans. — Loi relative à la protection de la santé publique en France. — **VARIÉTÉS ET ANECDOTES** — **NOUVELLES ET INFORMATIONS**.

## TRAVAUX ORIGINAUX

**Grossesse extra-utérine. — Enfant mort.**

**Laparotomie, marsupialisation du kyste fœtal. —**

**Guérison (1)**

Par MM. V. Carlier et M. Oui.

professeurs agrégés à l'Université de Lille

La femme X...; âgée de 38 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 11 juillet 1901. Cette femme a eu cinq grossesses, dont deux gémellaires. Les quatre premières grossesses se sont terminées par des accouchements prématurés à sept mois. La cinquième (simple) datant aujourd'hui de quatorze ans, est seule parvenue au terme normal. Tous les enfants, sauf le dernier, actuellement vivant, sont morts quelques jours après leur naissance.

La malade raconte qu'elle est habituellement bien réglée. Du mois de décembre 1900 à la fin de janvier 1901, elle perdit du sang presque continuellement. De la fin de janvier jusqu'au 15 mars, il n'y eut pas le moindre écoulement sanguin. C'est à cette époque que la malade aurait eu des nausées et aurait senti « bouger dans son ventre ». A partir du 15 mars, pertes

constituées par un liquide brunâtre ou café au lait, puis, au début de juin, cette femme ressent des douleurs qu'elle compare à celles de l'accouchement. A partir de ce moment, elle ne perçoit plus aucun mouvement fœtal et, au bout d'une quinzaine de jours, inquiète de cette situation, elle entre à l'hôpital.

Femme de petite taille, maigre, mais paraissant avoir une bonne santé. L'abdomen est développé comme il l'est habituellement au sixième mois de la grossesse. Lésions syphilitiques (plaques papulo-muqueuses) au niveau de la vulve.

Par le palper, on constate, tout d'abord, la présence d'une tumeur développée, surtout du côté gauche de l'abdomen, mais empiétant quelque peu sur le côté droit. Cette tumeur présente en tous ses points une même consistance. Elle est faiblement élastique. Sa forme est plutôt cylindrique qu'ovoïde. Elle s'enfonce dans l'excavation pelvienne et son extrémité supérieure est à environ deux centimètres au-dessous de l'ombilic. Elle est absolument immobile.

Sur le bord droit et à la partie inférieure de cette seconde tumeur, le palper en fait percevoir une seconde, beaucoup plus petite que la première, à laquelle elle paraît intimement liée, piriforme et plus dure que sa voisine. Cette seconde tumeur est couchée obliquement vers la fosse iliaque droite.

Par le toucher, on sent, dans la partie supérieure de l'excavation, une tête fœtale, dont les sutures et les fontanelles sont nettement appréciables et qui n'est séparée du doigt que par des tissus peu épais. Les os de la voûte du crâne jouent les uns sur les autres, sous la pression du doigt.

En avant de cette tête, très haut situé, collé derrière le pubis et difficilement accessible, on trouve le col ramolli et comme aplati d'avant en arrière.

L'examen bi-manuel permet de constater, en outre, un léger sillon entre la petite et la grosse tumeur et,

(1) Communication à la Société de Chirurgie de Paris.

gements de consistance de temps en temps. ite, sur toute l'étendue r, un souffle isochrone ble de signes suffisait iagnostic de grossesse t et une intervention fut

étant faits pour l'opéra- le de nouveau sous le es déjà constatés, cet avec une parfaite netteté s de la petite tumeur. que la cavité utérine a donc plus le moindre agnostic primitivement

ès incision de la paroi it, de couleur foncée, partie supérieure, mais xcavation. De gros vais- ieure. Accolé au kyste, arge et court, on sent et s. La paroi du kyste est ne portion du placenta d'hémorrhagie notable. st rapidement extrait et ste ne contient pas une ie. La poche est alors u catgut et bourrée de née.

vée ; on se contente de sse mèche de gaze iodo- e 18 août. Le 19, éruption rmée est remplacée par

n'avait montré aucune tir du 22 août, il se fait, tréfaction du placenta. s d'une sorte de purée eâtre. Des fragments de ie dans la plaie. Saisis ent facilement et il n'est orceaux insignifiants de

ne un gros fragment de caoutchouc est mis dans 2 septembre. deux gros encore extraits L'explo- s de rien sentir.

aux, sans odeur. Le drain ir sa demande, le 26 sep- ie petite plaie en voie de

00 grammes.

cas, tous les signes clas- utérine avec enfant mort imes-nous guère à porter réservant, pour plus de opération en pratiquant,

sous le sommeil chloroformique, un nouvel examen et le cathétérisme utérin.

Quant à l'intervention, nous avons suivi la ligne de conduite que nous nous étions tracée et qui est celle que recommandent en ce cas MM. PINARD et SEGOND. Les adhérences intimes qui existaient entre le kyste fœtal et les parois de l'excavation pelvienne n'auraient d'ailleurs permis l'extraction qu'avec de grandes difficultés et nous aurions probablement été amenés à pratiquer l'hystérectomie.

Peut-être aurions-nous pu, dans ce cas, extraire immédiatement le placenta ? La guérison eût été plus rapidement obtenue ; elle ne l'eût pas été plus sûrement. Le décollement immédiat du placenta est, en effet, trop souvent accompagné d'une abondante et dangereuse hémorrhagie.

La marsupialisation du sac offre, au contraire, pour la malade une sécurité incomparable. Il nous a paru plus sage de la pratiquer et, du reste, l'élimination un peu longue de la masse placentaire n'a présenté, chez cette femme, aucun inconvénient autre que sa durée.

## Consultations Médico-Chirurgicales

### CHORÉE

Il ne s'agira que de la chorée vraie, gesticulatoire, de celle dont SYDENHAM a dit : « Il n'y a pas de chorée vraie après la puberté ». Les autres chorées : choree arythmique hystérique, chorée de Huntington, etc., sont trop spéciales dans leur essence et dans leur traitement.

**Informations cliniques.** — a) Une fillette, de onze à douze ans, de souche neuro-arthritique, à la suite d'une très légère attaque de rhumatisme articulaire, ou bien après une grippe, une angine bénigne, une rougeole vite terminée, devient moins attentive en classe, prend un caractère capricieux et sombre : elle pleure pour un rien et boude sans motif. Un beau jour, ses parents la réprimandent parce qu'elle laisse tomber le verre qu'elle tient à la main ou qu'elle brise un objet fragile ; et peu après, une autre maladresse survient, avec apparition de grimaces, de contorsions, d'apparence burlesque. On peut dès lors diagnostiquer la *danse de Saint-Guy*. Graduellement, la petite malade se plaint de fatigue dans les membres ; les mouvements involontaires augmentent de fréquence, tout en prédominant toujours d'un côté : la déglutition, la parole sont gênées, la marche peut être embarrassée. Pendant le sommeil seulement, se suspendent les contractions musculaires désordonnées. L'anémie survient après quelques

semaines, parfois avec un souffle cardiaque, qui fait craindre une détermination mitrale. Et au bout d'un mois ou deux, tout rentre dans l'ordre. Parfois, l'instauration des règles coïncide avec la fin de l'attaque de chorée.

b) Un garçon du même âge, qui compte dans ses antécédents soit l'alcoolisme paternel, soit de l'hystérie maternelle, commence de même sa chorée ; cependant, chez lui, c'est une émotion vive qui est la cause déterminante, ou bien l'imitation. Et, en deux jours, la chorée a atteint son maximum ; d'heure en heure, pour ainsi dire, elle a grandi. Une toux spasmodique s'est installée, ne lui laissant ni trêve ni répit. L'enfant ne peut plus rien tenir sans l'abandonner : on est forcé de lui donner à manger ; il se mord la langue à tout instant. Comme les jambes fléchissent sans cesse, il a fallu le mettre au lit ; et, au lit, les talons, les coudes s'excorient sous l'influence des frottements incessants. Puis l'état mental baisse visiblement ; du délire hallucinatoire surgit, par inanition le plus souvent. Un pas de plus, ce sera l'état de mal choréique, avec fièvre et complications diverses : parmi celles-ci, les paralysies sont à craindre et leur apparition caractérisera la chorée molle. La durée de cette chorée à forme grave sera longue ; le pronostic en est sombre et la mort est à craindre.

**Indications pathogéniques.** — La cause déterminante de la chorée de Sydenham, que ce soit le traumatisme, une impression morale, une excitation cérébrale immodérée, l'infection enfin sous telle ou telle forme, cette cause initiale n'a joué qu'un rôle transitoire, dont il n'y a plus lieu de se préoccuper. Elle a disparu, laissant après elle la maladie, qu'elle a fait éclore.

Mais la chorée, sans conteste, n'a pu naître qu'à la faveur d'une prédisposition. C'est l'hérédité neuro-arthritique qu'on doit incriminer. On n'ignore pas que cette hérédité se traduit par des troubles divers, ressortissant à la dégénérescence, survenant aux époques importantes de l'évolution. Aussi, faut-il considérer la chorée comme une névrose cérébro-spinale d'évolution (JOFFROY).

Le but du traitement de la chorée sera donc de rendre moins longue et moins mouvementée la phase de croissance où se trouve le sujet. Aussi, changer, aussi rapidement et profondément que faire se pourra, les conditions du terrain, tel sera le premier objectif du médecin. En même temps, en calmant l'excitation du système nerveux central, en relevant l'état général d'un enfant guetté par l'anémie, en lui assurant une alimentation suffisante et convenable, en luttant contre les autres séquelles de la maladie primitive qui est au seuil de la chorée infectieuse, on aura rempli toutes les indications fondamentales et celles qui surgissent nouvelles dans chaque cas.

**Traitement.** — I. — CHORÉE D'INTENSITÉ MOYENNE. — De beaucoup la plus fréquente, cette forme évolue spon-

tanément vers la guérison. Aus à évolution cyclique, nombre de contre elle, et l'« on a toujours employée, la guérison que l'on BEAUMETZ). Il est constant néar l'affection peut être influencée : I moyens à employer dans ce but « un remède qui guérirait tous les est une chimère » (BOUTEILLE).

A. — CAS DE L'ENFANT ARTISAN. — 1° Lorsqu'il s'agit d'un en ou d'antécédents rhumatismaux, l ceux doit primer l'hygiène généra sédation nerveuse soit seule rec tonique, excitatrice de toutes les soit préférée.

1° **Moyens médicamenteux** que rarement rhumatismale, au vi cylate de soude, qui ne fo médiocres résultats, ne sera même recours que pour les cas authentiqu culaire fébrile accompagnant la ch

Mais on emploiera l'antipyrine constituent les deux médicaments

b) Lorsque la sédation nerveuse que la santé générale n'a pas tro tance vitale apparaît sérieuse, le l'antipyrine. Ordonnez d'antipyrine, un gramme et demi en tro rapidement la dose jusqu'à atte quatre grammes par jour. Si, au naire, il ne survient point d'améli d'aller jusqu'à 5 et 6 grammes, en de l'âge et de la susceptibilité du enfants à l'égard de l'antipyrine est les doses de 7 à 8 grammes n'ason

Si, au bout d'une vingtaine de naire, il faudra suspendre le médica de plus. La surveillance doit être s soumis à l'antipyrine, en ce q digestifs, les éruptions qu'elle p action sur le rein qu'elle ferme par

Dans plus de la moitié des cas, l' l'intensité des mouvements choréic

c) Si, malgré des mouvements c intenses, le teint chlorotique du m période de croissance attirent et r adressez-vous plutôt à l'arsenic. de l'appétit, rénovatrices de la for matrices du système nerveux, des ar des résultats merveilleux qu'on leu

enfant, le premier jour du **jeu de Boudin**, dans à prendre par cuillerées à liqueur de Boudin est une malade a donc pris ainsi c. Le lendemain, il prendra le surlendemain 20 grammes, cette dose étant atteinte lors à 30, 25, 20, 15 et l'enfant aura ainsi absorbé fin, soit vingt-cinq centigrammes.

d'attendre plus de huit à élévation très notable, et ensable, l'enfant sera au u'il suivra ce traitement it de l'embarras gastrique, on en serait quitte pour si du médicament.

**Fowler** n'est ni moins iver à une quinzaine de x gouttes, augmentant de nt les doses en trois prises

**niate de soude**, c'est à

5 centigrammes  
250 grammes  
milligramme d'arséniate de

ord cinq cuillerées à café  
ment jusqu'à vingt milli-

assez mal toléré par voie  
rmique permet d'étendre  
uotidienne de cinq centi-  
fants, dont le tube digestif  
enic.

omnie ou de retard dans  
**érisations d'éther** le  
int un temps très court,  
que la **paraldéhyde**.

2 grammes.  
10 "  
50 "  
ns ce cas.

- L'hygiène générale, tant  
e du choréique, doit être  
faillance. Il convient en  
aux déréglé les moyens  
ie musculaire normal, la  
dération sans sursauts.

L'enveloppement dans un **drap mouillé** constitue un moyen des plus efficaces pour le but à atteindre ; dans de l'eau à 12 ou 15 degrés, on plonge un drap qu'on essuie et étend sur un lit couvert d'une toile cirée. L'enfant y est roulé et frotté énergiquement pendant quelques minutes ; puis on enveloppe le tout d'une grande couverture de laine, et, après une demi-heure de séjour, on en sort le malade. A renouveler deux ou trois fois par jour cet enveloppement, on renforce l'action des moyens médicamenteux et l'on calme avec rapidité les mouvements désordonnés du choréique.

Il faut **préférer ces enveloppements à la douche froide**, qui est un peu trop énergique. Moins actives que les enveloppements sont aussi les **lotionnages froids** à l'éponge suivies de friction sèche, qui ne sont cependant pas à dédaigner.

Si vous prescrivez des **bains chauds**, simples ou sulfureux, crainte d'un rhumatisme hypothétique, par acquiescement aux désirs de l'entourage, pour ménager la susceptibilité de l'enfant au contact de l'eau froide, ne soyez pas étonné de ne pas en retirer de bienfaits ; l'eau chaude n'a pas les mêmes effets que l'eau froide sur le système nerveux, votre timidité vous aura fait manquer le but visé.

La **gymnastique**, sous forme de mouvements rythmés ou de gymnastique suédoise, présente les plus grands avantages, mais, faites des séances très courtes, car l'attention ne peut être fixée au-delà de quelques minutes ; en exerçant concomitamment le larynx par le chant, en faisant marcher au pas, en cadence, on discipline les masses musculaires pour le plus grand bien du système nerveux.

On ne doit pas perdre de vue que le **repos physique et intellectuel** est aussi une condition majeure d'une amélioration rapide. Sans aller jusqu'au séjour permanent au lit, préconisé par certains, il faut au moins modérer l'exercice, supprimer l'école, isoler l'enfant de camarades trop bruyants, bref lui assurer une vie calme dès le jour où la chorée est née.

Le **séjour à la campagne** est excellent : on y enverra sans retard le choréique, si on en a la possibilité.

Une **saison thermale** (à Bourbon ou Nérès, etc.) lors de la convalescence couronnera au mieux le traitement de la période d'état.

3° **Alimentation**. — On conçoit toute l'importance du rôle reconstituant de l'alimentation. On veillera donc soigneusement à ce qu'elle soit abondante et saine, que les repas se fassent à intervalles réguliers, que les digestions soient complètes, les évacuations quotidiennes. **Toute faute contre l'hygiène alimentaire a son retentissement sur les mouvements choréiques, les ramenant ou en prolongeant la durée.**

B **CAS DE L'ENFANT NERVEUX OU DÉGÉNÉRÉ**. — Lorsqu'il s'agit d'un enfant très nerveux antérieurement,



présentant quelques stigmates de dégénérescence, à hérédité chargée du côté mental, d'urgence on doit diminuer les réactions motrices exagérées. Mais, c'est surtout à prévoir des complications, des aggravations menaçantes, que l'on doit exercer sa sagacité : le traitement en sera changé d'autant.

Bien que les moyens proposés ci-dessus conviennent à tous les choréiques, c'est vers les antispasmodiques et les hypnotiques que vous tournerez alors votre choix.

DUJARDIN-BEAUMETZ recommandait, et nous recommandons avec lui, de renforcer l'action de l'antipyrine en la mariant aux hypnotiques, et notamment au **chloral**. Il donnait ce dernier dans du lait additionné d'un jaune d'œuf. Trois grammes nous paraissent suffisants pour une journée.

Le **bromure de potassium** a une action sédative du même genre, à des doses égales à celles du chloral. On évitera les accidents cutanés du bromisme, par les soins de propreté de la peau, en particulier par les grands bains.

Mais ici, plus que précédemment, l'hygiène physique, psychique, morale gardera sa priorité d'application.

II. — CHORÉE INTENSE : FORME SÉVÈRE. — En face de l'agitation incessante qui caractérise cette forme, des complications qui l'accompagnent presque fatalement, il n'est pas d'hésitation possible ; la fièvre, le délire, l'état de mal choréïque commandent une intervention immédiate, active ; il faut coûte que coûte calmer.

L'antipyrine, l'arsenic, le bromure, même en dépassant les doses habituelles, risquent d'être insuffisants et d'action tardive. Le **chloral** sera plus brutalement calmant, l'**opium** aussi, mais il n'y aura qu'à redoubler de surveillance pour éviter les accidents ; au moins, on ne sera pas trompé avec eux.

Le but est de calmer, d'endormir le système nerveux, tout en permettant l'alimentation réparatrice. Pour cela, le **chloral** sera administré selon la méthode de JOFFROY. D'une solution concentrée d'hydrate de chloral pur, on mélange à de la gelée de groseilles épaisse quantité suffisante pour avoir un gramme de chloral par cuillerée à bouche de confiture. On donne dans les vingt-quatre heures quatre de ces cuillerées, après les repas, aux enfants au-dessus de dix ans ; un quart d'heure après chaque prise, les petits malades dorment ; on les tient ainsi endormis douze et dix-huit heures par jour, en plusieurs fois. Avant dix ans, la moitié de la dose, soit deux grammes d'hydrate de chloral, peut suffire. Si le cœur vient à faiblir, l'emploi du chloral doit être suspendu ; le but sera alors poursuivi avec l'**opium**.

Avec l'**opium**, dangereux lui aussi, mais en raison de l'accumulation, il faut aussi atteindre et entretenir la somnolence. On prescrira :

{	Extrait d'opium	{	à vingt
	Extrait de belladone	}	
	Thridace		30 grammes
	Poudre de guimauve	Q. S.	

pour 20 pilules. Une toutes les deux heures.

Il serait plus commode de donner **morphine** ne doit constituer qu'un tiers chez les sujets de 10 à 15 ans ; la milligrammes par piqûre est suffisant.

Les moyens médicamenteux ne sont. C'est chez ces sujets, très agités, qu'on a des traumatismes, les escharres, les excoriations, les **matelassés** ou de l'**emmaillot** lit propre de toute souillure, en effaçant par le doublement de ouate les coudes, le plupart de ces traumatismes cutanés ; mais excoriations surviendront, et alors, les écorchures ne s'infectent pas.

Les actes primordiaux de la digestion ne se font pas correctement, sont fort troublés ; on vient en donnant d'épaisses purées additionnées de jus de viande, de lait de peptones, de plasmon, etc.

Le traitement de la chorée grave par la méthode de GILLETTE, est un procédé dangereux (DUJARDIN-BEAUMETZ), auquel on ne doit recourir que pour le rejeter. Il ne faut pas s'arrêter à ce qui est fort vanté en Angleterre et en Amérique chez les plus atteints.

III. CHORÉE MOLLE. — Cette forme donne les mêmes indications que les précédentes : de calmer ; il y a paralysie, et ces symptômes tendent à multiplier. Il faut au contraire relever ce qui baisse, soutenir les centres nerveux surmenés et affaiblis.

Si on les avait employés dans la phase initiale de l'apparition des paralysies, le **bromure** et le **chloral** seraient rejetés sans délai ; changeant de méthode, vous insisterez, au contraire, sur l'usage des formes qui ont été indiquées, sur les bains, drap mouillé. Ce double soutien du système nerveux périphérique, devra renforcer l'action nerveuse centrale sera d'utilité. Sans imiter TROUSSEAU qui, par la raideur de la nuque, on doit cependant atteindre des minimales et atteindre six et dix milligrammes durant quelques jours.

Voici une formule commode à employer :

{	Sulfate de strychnine : .....	10
	Sirop de sucre : .....	100

Une cuillerée à dessert contient cinq milligrammes de strychnine.

On ne dépassera pas deux de ces cuillerées par jour.



aient, s'il paraissait  
a forme à choisir ;  
ite à l'attente du  
amentaux.

D<sup>r</sup> INGELRANS.

le la santé

oi sur la santé pu-  
En voici le texte

**GÉNÉRALES**

des

nune, le maire est  
e, de déterminer,  
is forme d'arrêtés  
:

tion de l'article 97  
ou faire cesser les  
e 4 de la présente  
ction ou même de  
ides ou qui ont été  
bjets quelconques  
n ;

er la salubrité des  
ies privées, closes  
s loués en garni et  
soit la nature, no-  
limentation en eau  
sées.

ommunaux ne font  
fet par l'article 99

ès avis du Conseil  
ai d'un an à partir  
une commune n'a  
sera imposé un  
eil départemental

auraient fait con-  
nément à la loi du  
esures sanitaires,  
lements qui leur  
rmes prévues par

lire en cas d'épi-  
ut pour la santé

publique, le préfet peut ordonner l'exécution immédiate, tous droits réservés, des mesures prescrites par les règlements sanitaires prévus à l'article 1<sup>er</sup>. L'urgence doit être constatée par un arrêté du maire et, à son défaut, par un arrêté du préfet, que cet arrêté spécial s'applique à une ou plusieurs personnes ou qu'il s'applique à tous les habitants de la commune.

ART. 4. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la présente loi sera dressée, dans les six mois qui en suivront la promulgation, par un décret du président de la République, rendu sur le rapport du ministre de l'Intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Elle pourra être révisée dans la même forme.

ART. 5. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence. Un arrêté du ministre de l'Intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixe le mode de la déclaration.

ART. 6. — La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année.

Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixera les mesures nécessitées par l'application du présent article.

ART. 7. — La désinfection est obligatoire pour tous les cas de maladies prévues à l'article 4 ; les procédés de désinfection devront être approuvés par le ministre de l'Intérieur, après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Les mesures de désinfection sont mises à exécution, dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, par les soins de l'autorité municipale, suivant des arrêtés du maire approuvés par le préfet et, dans les communes de moins de 20 000 habitants, par les soins d'un service départemental.

Les dispositions de la loi du 21 juillet 1856 et des décrets et arrêtés ultérieurs, pris conformément aux dispositions de ladite loi, sont applicables aux appareils de désinfection.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France, déterminera les conditions que ces appareils doivent remplir au point de vue de l'efficacité des opérations à y effectuer.

ART. 8. — Lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire de la République ou s'y développe, et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, un décret du président de la République détermine, après avis

du Comité consultatif d'hygiène de France, les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie.

Il règle les attributions, la composition et le ressort des autorités et administrations chargées de l'exécution de ces mesures, et leur délègue, pour un temps déterminé, le pouvoir de les exécuter. Les frais d'exécution de ces mesures, en personnel et en matériel, sont à la charge de l'Etat.

Les décrets et actes administratifs qui prescrivent l'application de ces mesures sont exécutoires dans les vingt quatre heures, à partir de leur publication au *Journal officiel*.

ART. 9. — Lorsque, pendant trois années consécutives, le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France, le préfet est tenu de charger le Conseil départemental d'hygiène de procéder, soit par lui même, soit par la commission sanitaire de circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune.

Si cette enquête établit que l'état sanitaire de la commune nécessite des travaux d'assainissement, notamment qu'elle n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité ou en quantité suffisante, ou bien que les eaux usées y restent stagnantes, le préfet, après une mise en demeure à la commune non suivie d'effet, invite le Conseil départemental d'hygiène à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires. Le maire est mis en demeure de présenter ses observations devant le Conseil départemental d'hygiène.

En cas d'avis du Conseil départemental d'hygiène contraire à l'exécution des travaux ou de réclamation de la part de la commune, le préfet transmet la délibération du Conseil au ministre de l'Intérieur, qui, s'il le juge à propos, soumet la question au Comité consultatif d'hygiène publique de France. Celui-ci procède à une enquête dont les résultats sont affichés dans la commune.

Sur les avis du Conseil départemental d'hygiène et du Comité consultatif d'hygiène publique, le préfet met la commune en demeure de dresser le projet et de procéder aux travaux.

Si, dans le mois qui suit cette mise en demeure, le Conseil municipal ne s'est pas engagé à y déférer, ou si dans les trois mois il n'a pris aucune mesure en vue de l'exécution des travaux, un décret du président de la République, rendu en Conseil d'Etat, ordonne ces travaux dont il détermine les conditions d'exécution. La dépense ne pourra être mise à la charge de la commune que par une loi.

Le Conseil général statue, dans les conditions prévues par l'article 46 de la loi du 10 août 1871, sur la participation du département aux dépenses des travaux ci-dessus spécifiés.

ART. 10. — Le décret déclarant d'utilité publique le captage d'une source pour le service d'une commune déterminera, s'il y a lieu, en même temps que les terrains à

acquérir en pleine propriété, u contre la pollution de ladite source sur les terrains compris dans humains et d'y forer des puits. L'indemnité qui pourra être du rains sera déterminée suivant l 1841 sur l'expropriation pour

Ces dispositions sont applica fournissant de l'eau potable en terrain.

Le droit à l'usage d'une source pour la commune qui la possède source, de la couvrir et de la causes de pollution, mais non par des tuyaux ou rigoles. Un publique déterminera, s'il y a lesquelles le droit à l'usage po

L'acquisition de tout ou partie par la commune dans laquelle déclarée d'utilité publique par le débit à acquérir ne dépasse seconde. Cet arrêté est pris s municipal et l'avis du Conseil Il doit être précédé de l'enquête de 22 août 1835. L'indemnité dans les formes prescrites par mai 1836.

#### CHAPITRE

##### Mesures sanitaires rela

ART. 11. — Dans les agglomérations et au-dessus, aucune habitation sans un permis du maire conc qui lui a été soumis, les conditions par le règlement sanitaire observées.

A défaut par le maire de satisfaire, à partir du dépôt à la construire dont il sera délivré pourra se considérer comme travaux.

L'autorisation de construire préfet en cas de refus du maire

Si l'autorisation n'a pas été criptions du règlement sanitaire est dressé procès-verbal. En ca criptions, il est procédé conformément de l'article suivant.

ART. 12. — Lorsqu'un immeuble ou non à la voie publique, est occupants ou des voisins, le préfet, invite la Commission sanitaire de la présente loi à donner son

travaux ;  
ion de tout ou partie de  
ditions d'insalubrité aient

osé au secrétariat de la  
ssés.

ou usagers sont avisés, au  
la diligence du maire et  
éunion de la commission  
e délai leurs observations.  
mande, être entendus par  
ar mandataire, et ils sont  
ns de lieux.

ropositions du maire, cet  
isit, s'il y a lieu, le Conseil

quinze jours au moins  
s, de la réunion du Conseil  
invite à produire leurs  
uvent prendre communi-  
ion sanitaire déposé à la  
ersonne, ou par manda-  
at appelés aux visites et

taire ou celui du Conseil  
si les travaux doivent être  
uble cessera d'être habité  
ai ne commence à courir  
lai de recours ouvert aux  
s ou de la notification de  
sur le recours.

nmission n'a pas été con-  
ontesté, après notification  
départemental d'hygiène,  
nt les travaux nécessaires  
; et il met le propriétaire  
s le délai fixé.

habiter devra être revêtu

vert aux intéressés contre  
il de préfecture dans le  
ification de l'arrêté. Ce

contre l'arrêté du maire  
intéressés qui n'ont pas  
es travaux jugés neces-  
ibunal de simple police,  
uler les travaux d'office,  
plication de l'article 471,

on, s'il n'y a pas été fait  
ibles d'une amende de

16 francs à 500 francs, et traduits devant le tribunal correc-  
tionnel qui autorise le maire à faire expulser, à leurs frais,  
les occupants de l'immeuble.

ART. 15. — La dépense résultant de l'exécution des  
travaux est garanti par un privilège sur les revenus de  
l'immeuble, qui prend rang après les privilèges énoncés  
aux articles 2101 et 2102 du Code civil.

ART. 16. — Toutes ouvertures pratiquées pour l'exécution  
des mesures d'assainissement prescrites en vertu de la  
présente loi sont exemptes de la contribution des portes  
et fenêtres pendant cinq années consécutives à partir de  
l'achèvement des travaux.

ART. 17. — Lorsque, par suite de l'exécution de la pré-  
sente loi, il y aura lieu à la résiliation des baux, cette  
résiliation n'emportera, en faveur des locataires, aucuns  
dommages et intérêts.

ART. 18. — Lorsque l'insalubrité est le résultat de causes  
extérieures et permanentes, ou lorsque les causes d'insa-  
lubrité ne peuvent être détruites que par des travaux  
d'ensemble, la commune peut acquérir, suivant les formes  
et après l'accomplissement des formalités prescrites par la  
loi du 3 mai 1841, la totalité des propriétés comprises dans  
le périmètre des travaux.

Les portions de ces propriétés qui, après assainissement  
opéré, resteraient en dehors des alignements arrêtés pour  
les nouvelles constructions, pourront être revendues aux  
enchères publiques, sans que les anciens propriétaires ou  
leurs ayants-droit puissent demander l'application des  
articles 60 et 62 de la loi du 3 mai 1841, si les parties res-  
tantes ne sont pas d'une étendue ou d'une forme qui  
permette d'y élever des constructions salubres.

## TITRE II

### DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE

ART. 19. — Si le préfet, pour assurer l'exécution de la  
présente loi, estime qu'il y a lieu d'organiser un service de  
contrôle et d'inspection, il ne peut y être procédé qu'en  
suite d'une délibération du Conseil général réglementant  
les détails et le budget du service.

Dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, et dans  
les communes d'au moins 2.000 habitants qui sont le siège  
d'un établissement thermal, il sera institué, sous le nom  
de bureau d'hygiène, un service municipal chargé, sous  
l'autorité du maire, de l'application des dispositions de la  
présente loi.

ART. 20. — Dans chaque département, le Conseil général,  
après avis du Conseil d'hygiène départemental, délibère,  
dans les conditions prévues par l'article 48, paragraphe 5,  
de la loi du 10 août 1871, sur l'organisation du service de  
l'hygiène publique dans le département, notamment sur la  
division du département en circonscriptions sanitaires et

pourvues chacune d'une commission sanitaire ; sur la composition, le mode de fonctionnement, la publication des travaux et les dépenses du Conseil départemental et des commissions sanitaires.

A défaut par le Conseil général de statuer, il y sera pourvu par un décret en forme de règlement d'administration publique.

Le Conseil d'hygiène départemental se composera de dix membres au moins et de quinze au plus. Il comprendra nécessairement deux conseillers généraux, élus par leurs collègues, trois médecins, dont un de l'armée de terre ou de mer, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire.

Le préfet présidera le Conseil, qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations du Conseil.

Chaque commission sanitaire de circonscription sera composée de cinq membres au moins et de sept membres au plus, pris dans la circonscription. Elle comprendra nécessairement un conseiller général, élu par ses collègues, un médecin, un architecte ou tout autre homme de l'art, et un vétérinaire.

Le sous préfet présidera la commission qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations de la commission.

Les membres des Conseils d'hygiène et ceux des commissions sanitaires, à l'exception des conseillers généraux qui sont élus par leurs collègues, sont nommés par le préfet pour quatre ans et renouvelés par moitié tous les deux ans ; les membres sortants peuvent être renommés.

Les Conseils départementaux d'hygiène et les commissions sanitaires ne peuvent donner leur avis sur les objets qui leur sont soumis en vertu de la présente loi que si les deux tiers au moins de leurs membres sont présents. Ils peuvent recourir à toutes mesures d'instruction qu'ils jugent convenables.

**ART. 21.** — Les Conseils d'hygiène départementaux et les commissions sanitaires doivent être consultés sur les objets énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848, sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux et généralement sur toutes les questions intéressant la santé publique, dans les limites de leurs circonscriptions respectives.

**ART. 22.** — Le préfet de la Seine a, dans ses attributions à Paris, tout ce qui concerne la salubrité des habitations et de leurs dépendances, sauf celle des logements loués en garni, la salubrité des voies privées closes ou non à leurs extrémités, le captage et la distribution des eaux, le service de désinfection, de vaccination et du transport des malades.

Pour la désinfection et le transport, le cas échéant, aux adresses par le préfet de police.

Il nomme une commission composée de trente membres dont du Conseil municipal de Paris. chaque renouvellement par tiers fonctionne actuellement, le préfet dont cinq à la désignation du Co

**ART. 23.** — Le préfet de police les précautions à prendre pour les maladies transmissibles visées spécialement la réception des déclarations relatives à l'obligation de la vaccination, la surveillance au point de vue des logements en garnis.

Il continuera à assurer la protection du premier âge, la police sanitaire des maladies de médecine et de la pharmacie, règlements concernant la vente de denrées alimentaires falsifiées, le fonctionnement du laboratoire municipal, la ventilation des établissements et des insalubres ou incommodes, tant commune du ressort de la préfecture.

Le préfet de police sera assisté et de salubrité de la Seine dont l'entretien, savoir :

Le préfet de police, président ;

Un vice-président et un secrétaire nommé par le préfet de police sur la proposition du Conseil d'hygiène ;

Vingt-quatre membres titulaires nommés par le ministre de l'intérieur sur la proposition du préfet de police et la présentation du Conseil d'hygiène.

Trois membres du Conseil général nommés par leurs collègues ;

Quinze membres à raison de deux par département : de la Faculté de médecine, le professeur de la Faculté de médecine, le professeur de pharmacie de Paris, le président de la Faculté de médecine, le directeur de la santé des armées, le directeur du service de l'assainissement militaire de Paris, l'ingénieur en chef des ponts et chaussées, le directeur de la préfecture de police, l'architecte en chef de la préfecture de police, le chef du service de la préfecture de police, le chef du service

à la préfecture

à Seine remplit  
rtement d'hy-  
u ressort de la

Paris et dans le  
eront à exercer  
police, dans les  
décembre 1851,  
auront les attri-  
butions de circons-

er dans les com-  
attributions de  
vesti.

partement de la  
attributions sa-  
à Seine, soit du  
faites dans les

ne publique de  
ntéressant l'hy-  
e et de la phar-  
vente des eaux  
ar le gouverne-

travaux publics  
imentation des  
classement des  
communes.

la surveillance  
sur département

le de France est

l'assistance et de  
ur; l'inspecteur  
général adjoint  
eur des services  
départementale  
le directeur des  
ministère des  
les douanes; le  
les Travaux pu-  
du Commerce,  
r de l'enseigne-  
n publique; le  
de l'armée; le  
le président du  
le président du  
les Colonies; le

directeur des domaines au ministère des Finances; le  
doyen de la Faculté de médecine de Paris; le directeur de  
l'École de pharmacie de Paris; le président de la Chambre  
de commerce de Paris; le directeur de l'Administration  
générale de l'assistance publique à Paris; le vice prési-  
dent du Conseil d'hygiène et de salubrité du département  
de la Seine; l'inspecteur général du service d'assainisse-  
ment de l'habitation de la préfecture de la Seine; le vice-  
président du Conseil de surveillance de l'assistance  
publique de Paris; l'inspecteur général des écoles vétéri-  
naires; le directeur de la carte géologique de France.

Six membres sont nommés par le ministre sur une liste  
triple de présentation dressée par l'Académie des sciences,  
l'Académie de médecine, le Conseil d'État, la Cour de cassa-  
tion, le Conseil supérieur du travail, le Conseil supérieur  
de l'assistance publique de France.

Quinze membres seront désignés par le ministre parmi  
les médecins, hygiénistes, ingénieurs, chimistes, légistes,  
etc.

Un décret d'administration publique réglera le  
fonctionnement du Comité consultatif d'hygiène publique  
de France, la nomination des auditeurs et la constitution  
d'une section permanente.

### TITRE III

#### DÉPENSES

ART. 26. — Les dépenses rendues nécessaires par l'ap-  
plication de la présente loi, notamment celles causées par  
la destruction des objets mobiliers, sont obligatoires. En  
cas de contestation sur leur nécessité, il est statué par  
décret rendu en Conseil d'État.

Ces dépenses seront réparties entre les communes, les  
départements et l'État, suivant les règles fixées par les  
articles 27, 28 et 29 de la loi du 15 juillet 1893.

Toutefois, les dépenses d'organisation du service de la  
désinfection dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus  
sont supportées par les villes et par l'État dans les propor-  
tions établies au barème du tableau A annexé à la loi du  
15 juillet 1893. Les dépenses d'organisation du service dé-  
partemental de la désinfection sont supportées par les  
départements et par l'État dans les proportions établies  
au barème du tableau B.

Des taxes seront établies par un règlement d'admini-  
stration publique pour le remboursement des dépenses  
relatives à ce service,

A défaut par les villes et les départements d'organiser  
les services de la désinfection et des bureaux d'hygiène  
et d'en assurer le bon fonctionnement dans l'année qui  
suivra la mise à exécution de la présente loi, il y sera  
pourvu par décrets en forme de règlements d'administra-  
tion publique.

## TITRE IV

## PÉNALITÉS

ART. 27. — Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque, en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892, aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévus aux articles 1 et 2, ainsi qu'à celle des articles 5, 6, 7, 8 et 14.

Celui qui aura construit une habitation sans le permis du maire sera puni d'une amende de 16 francs à 500 francs.

ART. 28. — Quiconque, par incurie, dégradera des ouvrages publics ou communaux destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation; quiconque, par négligence ou incurie, laissera introduire des matières excrémentielles ou toute autre matière susceptibles de nuire à la salubrité dans l'eau des sources, des fontaines, des puits, citernes, conduites, aqueducs, réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du Code pénal.

Est interdit, sous les mêmes peines, l'abandon de cadavres d'animaux, de débris de boucherie, fumier, matières fécales et en général de résidus animaux putrescibles dans les failles, gouffres, bétouilles ou excavations de toute nature autres que les fosses nécessaires au fonctionnement d'établissements classés.

Tout acte volontaire de même nature sera puni des peines portées à l'article 257 du Code pénal.

ART. 29. — Seront punis d'une amende de 100 francs à 500 francs, et, en cas de récidive, de 500 à 1000 francs, tous ceux qui auront mis obstacle à l'accomplissement des devoirs des maires et des membres délégués des commissions sanitaires en ce qui touche l'application de la présente loi.

ART. 30. — L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par la présente loi. Il est également applicable aux infractions punies de peines correctionnelles par la loi du 3 mars 1822.

## TITRE V

## DISPOSITIONS DIVERSES

ART. 31. — La loi du 13 avril 1850 est abrogée, ainsi que toutes les dispositions des lois antérieures contraires à la présente loi.

Les Conseils départementaux d'hygiène et les Conseils d'hygiène d'arrondissement actuellement existants continueront à fonctionner jusqu'à leur remplacement par les Conseils départementaux d'hygiène et les commissions sanitaires de circonscription organisées en exécution de la présente loi.

ART. 32. — La présente loi n'est pas applicable aux ateliers et manufactures.

ART. 33. — Des règlements d'administration publique

détermineront les conditions d'organisation et de fonctionnement des bureaux d'hygiène et du service de désinfection ainsi que les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion.

ART. 34. — La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation.

## VARIÉTÉS &amp; ANECDOTES

A propos d'une opération récente et bruyante, le journal le *Temps* a publié la spirituelle fantaisie que voici :

## Comment j'opérai le docteur Doyen

Ce fut le 10 février 1902, jour qui restera à jamais célèbre dans les fastes de la chirurgie, que j'opérai le docteur Doyen, ou plutôt les deux frères Doyen, réunis, comme chacun sait, par une membrane xiphopage. De très nombreuses personnes m'ont demandé de vouloir bien moi-même rédiger à ce sujet un récit destiné à être lu par l'excellent acteur Antoine, au cours des représentations cinématographiques qui vont bientôt, avec une magie exacte, retracer aux foules enthousiastes les diverses phases de cette entreprise audacieuse.

Mais quelques explications préliminaires ne seront pas inutiles.

La fréquence des dédoublements de la personnalité est peut-être le phénomène le plus caractéristique des cinquante dernières années. Les causes en sont sans doute l'exaltation même de cette personnalité, l'excès de l'individualisme, les maladies de croissance qui, en ce moment, sévissent sur l'âme, la tourmentent, la menant, il faut l'espérer, à des destinées nouvelles, à une plus haute puissance. Cette exaspération du *moi* se traduit simultanément de deux façons contradictoires : un besoin de plus en plus vif de généralisation et une nécessité immédiate de se spécialiser pourtant. L'esprit voudrait être peintre, philosophe, politicien, agir de tous côtés à la fois, et il ne le peut. S'il le pouvait, la société même l'en empêcherait, car elle a besoin, pour se sentir en sécurité, de savoir que les forgerons ne font pas de dentelles et que les dentellières ne savent pas forger. Et cependant, l'esprit veut à la fois forger et faire de la dentelle. Alors un miracle s'est produit, le dédoublement extérieur, le même homme est devenu deux, quelquefois trois.

Il ne faut donc pas s'étonner si l'activité cérébrale du docteur Doyen l'a également dédoublé. Par malheur, la scissiparité fut incomplète : les deux personnes restèrent rattachées par une membrane s'étendant de l'ombilic au sternum. On fut obligé, pour distinguer celles-ci, d'appeler l'une Radoyen et l'autre Doyenka. Ceci n'eut d'abord aucun inconvénient; mais avec l'âge, de fâcheuses dissidences, de graves incompatibilités de caractère et d'humeur, finirent par se manifester entre les deux doubles. Ils s'étaient adonnés à l'étude et à la pratique de la

chirurgie; l'un déclara tenir pour la médecine expectante, l'autre pour la vigueur et la décision opératoires. Leurs dissensions, que nous pouvons presque qualifier d'intestines, eurent un grand retentissement et, à cause même des liens étroits qui les rattachaient, firent scandale. On résolut de les séparer. Il fut fait appel à ma science.

L'opération n'a pas duré vingt minutes. J'y avais convoqué mes amis les phénomènes du cirque Barnum and Bailey, dont je ne puis plus me passer. Ils me furent d'une extrême utilité, l'homme à l'épiderme extensible surtout : en suturant la peau de son abdomen à celle de l'abdomen de l'homme-squelette, je fabriquai des frères siamois artificiels sur lesquels je fis des expériences préalables tout à fait intéressantes. Étaient également présents l'homme sans bras qui écrivait sous ma dictée avec son pied, et l'homme pelote, qui eut à jouer un rôle modeste, mais indispensable, comme on le verra tout à l'heure.

\*\*\*

Les deux monstres Radoyen et Doyenka furent placés sur une table de mon invention, recouverte d'un drap stérilisé d'après une formule qui est ma propriété. Je me plaçai à leur droite, de telle manière que le cinématographe ne put rien perdre ni de mes gestes, ni de mes traits. La partie superficielle de la membrane était formée par une voûte cartilagineuse d'une certaine épaisseur, que je sectionnai à l'aide d'un bistouri établi sur mes indications. Comme il est habituel à ma clinique, l'anesthésie des sujets fut produite par le chlorure de méthyle. A mesure que je n'avais plus besoin de mes aiguilles, de mes ciseaux et de mes pinces, je les piquais dans les joues de l'homme-pelote : voilà à quoi il a servi.

En dessous de la voûte cartilagineuse, je trouvai, comme il fallait s'y attendre, un pont hépatique de 7 centimètres de largeur sur 4 d'épaisseur, traversé par un grand nombre d'artères, d'artérioles, de veines et de veinules. C'était le cas, ou jamais, d'employer ma méthode si originale d'hémostase; je pratiquai donc l'écrasement extemporané du pédicule hépatique, au moyen de ma grande pince à double levier du Creusot, qui pèse un million de tonnes, qu'un seul doigt fait agir, et qui produit une pression de six cent mille kilos. Je n'entrerai pas dans les autres détails, trop particulièrement techniques, de ce travail adroit et gigantesque. Il suffira de savoir que la tâche était assez ingrate. Une inquiétude me venait : De temps en temps je me tournai vers l'autre opérateur, celui du cinématographe, et je lui disais :

— Combien de temps me reste-t-il encore ?

— Cinq minutes... deux minutes.

Heureusement pour la postérité, l'opération fut terminée avant que les rouleaux du cinématographe fussent tous épuisés. Radoyen fut emporté le premier sur une table voisine, une compresse de l'invention d'un de mes aides accoutumés placée dans la plaie, et la peau refermée provisoirement avec des pinces à griffes dont j'ai donné tout récemment le dessin. Puis

ce fut le tour de Doyenka. Je suturai sa paroi abdominale, en ayant soin de lui laisser une petite mèche en gaze stérilisée par mon préparateur ordinaire, que je ne saurais trop recommander à mes collègues. L'opération avait réussi. Quant à Radoyen et à Doyenka, j'espère qu'ils s'en tireront.

Un immense concours de peuple, que j'estime à sept millions de personnes, attendait à la porte de l'hôpital et je dus me dérober à ses acclamations. On voyait également sous les fenêtres douze ou quinze cents automobiles, parmi lesquelles on distinguait celle du roi des Kymris, de l'empereur détrôné des Aztèques, du grand-duc de Ganzberg, de lord Untruo, du marquis de Las, Pesetas y Cambio, de Jobard Pacha, de l'ambassadeur d'Andorre, de l'escrimeur de Spada-Blanca, de M<sup>lle</sup> Suzanne Chaste, l'exquise diseuse, enfin tout Paris, le secrétaire particulier du ministère des communications sous marines, qui était venu en fiacre.

Le *Santos-Dumont* n° 17.964 planait au dessus de ma tête se livrant à mille évolutions sublimes; le Roi des airs tint même à m'inviter à dîner dans sa nacelle. Mais le vent n'étant pas particulièrement favorable, après un atterrissage magistral nous primes le parti de rentrer chez nous en tramway.

*Dix heures du soir.* — Doyenka dit qu'il a mal à sa membrane.

*Minuit.* — On m'apporte le cinématographe et on le fait fonctionner. L'effet est étonnant. Radoyen a la fièvre. Je lui fais donner du champagne Doyen.

PIERRE MILLE.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

Le Concours pour le clinicat obstétrical s'est terminé, le samedi 25 janvier, par la nomination de M. le docteur VANVERTS. Les questions sorties de l'urne ont été pour l'écrit : *Des tumeurs fibreuses pendant la grossesse et l'accouchement.*

Pour l'oral : *Epreuve clinique d'un quart d'heure après une demi-heure de réflexion.*

La manœuvre obstétricale a consisté en un accouchement et une version.

Les questions restées dans l'urne étaient les suivantes : *Diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale; Diagnostic et traitement des grossesses extra-utérines.*

Nous adressons à M. le docteur VANVERTS nos sympathiques félicitations.

### Notre Carnet

M. le docteur Pierre COLLE nous fait part de l'heureuse naissance de son fils JACQUES. Nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration.

**RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX  
NEUROSINE PRUNIER**

(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

# L'ECHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique; **Barrois**, professeur de parasitologie; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur; **Caillier**, professeur agrégé; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris; **Looten**, médecin des hôpitaux; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : **MM. les Docteurs :**

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux.  
**POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX :** Conseils d'hygiène universitaires et santé publique, par le professeur **H. Surmont**. — Un cas de mucocèle du sinus frontal, par le docteur **Gaudier**. — Quelques réflexions sur « Les Avariés », de Brieux, par le docteur **L. Julien**. — ANALYSES DE MÉMOIRES FRANÇAIS ET ÉTRANGERS. — SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD : Séance du 14 février 1902. — NOUVELLES ET INFORMATIONS.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Conseils d'hygiène universitaires et santé publique

par le professeur **H. Surmont**

L'appel aux médecins, à propos du projet de réforme de l'enseignement secondaire, publié dans le numéro du 1<sup>er</sup> Février de *La Presse médicale*, par notre collègue **M. Albert MATHIEU**, soulève des idées trop justes et met au grand jour des réflexions qui sont trop dans l'intimité des consciences d'un grand nombre de pères de famille, médecins ou non, pour n'avoir pas un retentissement légitime. Nous pensons donc que la Ligue des pères de famille, amis de l'Université, dont parle **M. Albert MATHIEU**, est appelée à avoir un légitime succès, car elle correspond à un besoin d'autant plus réel, que nous ne savons que trop bien, nous autres médecins, qu'en matière d'hygiène, plus qu'en toute autre, l'activité des pouvoirs publics est rarement spontanée, qu'elle a besoin d'être sollicitée et mise en train, et qu'on voit rarement un acte décisif

de progrès franchement accompli par elle contre la routine des bureaux avant que la poussée de l'opinion publique ne soit devenue trop forte pour qu'il soit possible d'y résister plus longtemps. Il suffit de songer aux longues et douloureuses vicissitudes subies par la « loi pour la protection de la santé publique », aux longs retards mis par les pouvoirs publics à s'intéresser à la lutte antituberculeuse, à laquelle ils s'attachent si vigoureusement maintenant, pour voir combien il est nécessaire de solliciter longtemps et de toutes façons leur initiative, et combien leur collaboration, devient active et puissante quand elle est enfin convaincue et agissante.

\* \* \*

La proposition de **M. Albert MATHIEU** m'amène à présenter, moi aussi, au public médical, une idée que je crois de nature à assurer, sinon d'une manière définitive, du moins pour longtemps, la possibilité et l'aboutissement des réformes hygiéniques nécessaires dans les établissements universitaires de tout ordre : je veux parler de la création de Conseils d'hygiène universitaires. J'ai eu l'occasion d'émettre récemment cette idée dans un article sur le « rôle social de l'instituteur dans l'éducation hygiénique du peuple », destiné à la « Revue pédagogique » et actuellement sous presse. La voici en deux mots :

Je voudrais qu'il fût créé, à Paris, au ministère de l'Instruction publique, une section spéciale du Conseil



e serait autre  
ersitaire de  
ction perma-  
es réglemen-  
es directeurs

nt, le conseil  
it completé,  
hygiène aca-  
me le conseil  
supérieur et  
endu, l'un et  
t correspon-  
ion publique  
à ce que sont  
France et les  
s du ministre  
rraient donc  
sitaires dans  
x aussi, leurs  
permanente,  
à tout temps  
nécessaire les  
ur permettre  
conscription  
effective et  
hygiène acadé-

le médecins,  
e la nécessité  
ires, c'est-à-  
qui seraient  
t sur l'instal-  
leur emplace-  
r nettoyage,  
loi du temps  
s des profes-  
ysiologiques  
t de la ville,  
ice physique  
instinctement,  
reice, sur la  
it, au total,  
à tout âge, et  
-mêmes dont  
t laissée aux  
naturalistes,  
storiciens, aux

géographes, mais encore, et on pourrait presque dire surtout, aux hygiénistes et aux médecins.

\* \* \*

On me permettra seulement d'insister sur la question des Conseils d'hygiène universitaires locaux, c'est-à-dire académiques.

S'il est nécessaire qu'il y ait à Paris un Conseil supérieur chargé, à côté de l'administration centrale, de prendre les mesures générales nécessaires, telles que collaboration à l'élaboration des programmes, la durée de l'isolement et la prophylaxie dans les diverses maladies contagieuses scolaires, etc., il est indispensable que l'application locale de ces différentes mesures soit laissée à l'appréciation des diverses autorités académiques locales. L'hygiène prophylactique, par exemple, est avant tout et essentiellement locale : plus brèves sont les formalités à remplir avant l'application des mesures de défense, et plus celles-ci sont efficaces. D'autre part, n'est-il pas évident que les différences climatologiques des diverses Académies doivent aussi logiquement avoir leurs répercussions sur l'organisation générale de l'emploi du temps, sur l'heure des classes, sur le moment des vacances, etc. ? En quoi est-il utile que les élèves entrent en classe à la même heure au mois de Juillet et au mois de Décembre, à Lille et à Nîmes, et partent en vacances le même jour à Alger et à Nancy, etc. ? Ce n'est pas, du reste, au moment où l'on vient de créer les Universités régionales qu'il est besoin d'insister plus longuement sur les avantages de toute nature de la décentralisation universitaire à tous les degrés.

Rien de plus facile à organiser, du reste, que ces Conseils d'hygiène universitaires. Je ne parle pas du recrutement du Conseil supérieur d'Hygiène universitaire de France. Les compétences éclairées y seraient foule, à commencer par des délégués des Facultés de médecine au Conseil supérieur de l'Instruction publique. Plus intéressant est le recrutement du Conseil d'hygiène académique. Celui-ci se composerait de membres de droit, et de membres nommés par délégations spéciales. Le recteur de l'Académie en serait comme il convient, président de droit ; c'est là une absolue nécessité, si l'on veut donner aux décisions du Conseil d'hygiène académique toute la valeur administrative qu'elles comportent et la rapidité d'exécution qu'elles peuvent nécessiter en certains cas. Le professeur d'hygiène de la Faculté ou de

l'École de médecine de l'Université locale serait vice-président de droit. Le secrétaire de l'Académie, secrétaire général. L'inspecteur d'Académie, directeur de l'enseignement secondaire; les inspecteurs d'Académie, directeurs départementaux de l'enseignement primaire, complèteraient la liste des membres de droit. Les membres nommés seraient choisis parmi les diverses personnalités intéressées et compétentes, à savoir un médecin délégué du Conseil d'hygiène départemental, de préférence, le médecin chargé du service des épidémies, dont la présence est indispensable pour renseigner le Conseil sur l'état sanitaire de la circonscription, un délégué des proviseurs des lycées et directeurs des collèges, un délégué des instituteurs, une déléguée des institutrices. Telles seraient, avec un architecte et un ingénieur sanitaire, toutes les compétences nécessaires et suffisantes. Les divers délégués seraient désignés par un vote de leurs collègues, plutôt que choisis directement par l'autorité académique.

- De ce Conseil d'hygiène académique émanerait une section permanente dont feraient partie, outre les membres de droit, le médecin délégué du Conseil d'hygiène départemental et un autre délégué habitant le chef-lieu académique.

Ainsi composé, le Conseil d'hygiène académique serait nécessairement consulté sur toutes les questions intéressant l'hygiène du personnel ou du matériel des établissements universitaires de tous ordres de son ressort, car on peut bien avouer qu'au point de vue des manquements quotidiens aux règles les plus élémentaires de l'hygiène et de la salubrité, les établissements d'enseignement supérieur, même et surtout les Facultés de médecine, n'ont rien à envier à la plus délabrée des écoles de village. A l'heure actuelle, les Conseils d'hygiène départementaux sont bien consultés sur la valeur hygiénique des emplacements choisis par les écoles, mais ils n'ont à donner leur avis ni sur les aménagements intérieurs, ni sur le mobilier, ni sur aucun des points si particuliers et si importants qui forment ce grand chapitre d'hygiène qui s'intitule dans les traités classiques, « l'hygiène scolaire » et qui n'est pas une des parties les moins importantes de la puériculture. Qui ne voit de suite l'importance des réformes urgentes à faire et des services à rendre? En outre, le Conseil d'hygiène académique recevrait, au moins chaque mois, un rapport signé du médecin et du directeur de chaque

établissement sur l'état sanitaire d'aurait sous sa juridiction les médecins établissements, et, renseigné à la fois d'eux et par le médecin des épidémies, avertir à son tour des précautions à éviter les maladies scolaires qui pèseraient sur l'établissement à eux confié. Il surveillerait les mesures prescrites par lui, et, en cas de besoin l'un de ses membres pour les mesures nécessaires; il s'occuperait enfin de l'hygiène dans le ressort de l'Académie en introduisant dans les programmes d'enseignement primaire des œuvres post-scolaires d'hygiène locale appropriées au genre de travail des classes laborieuses dans les centres de la circonscription, et en recrutant des professeurs d'hygiène dans les écoles normales. Depuis que, sous l'impulsion de la nécessité, l'enseignement de l'hygiène a été introduit dans les programmes de l'enseignement primaire et des écoles normales, il a été constaté que les professeurs d'histoire naturelle, de chimie, quelquefois même de philosophie, par leur bonne volonté de ces professeurs, ils ne peuvent donner avec l'autorité nécessaire un enseignement qui, d'autant qu'il doit être plus condensé, ne peut être donné que par un médecin. Un Conseil d'hygiène académique aurait à désigner, soit parmi les médecins des écoles normales, soit parmi les confrères plus compétents indiqués par leurs travaux habituels, ceux qui seraient plus aptes à remplir ces engagements.

\*\*\*

Nous croyons que l'esquisse ci-dessus des Conseils d'hygiène universitaires, telle que nous la concevons, suffit à montrer et l'urgence et l'importance des services qu'ils ont à rendre. Souhaitons, en terminant, qu'elle trouve bientôt un champion puissant qui fasse de l'espérance une réalité de demain.

#### Un cas de mucocèle du sinus par le docteur Gaudier.

Le 19 octobre 1901, se présentait à la consultation un jeune homme de seize ans, porteur d'un kyste séreux du sinus frontal.

(1) SYNONYMIE. — Kyste séreux, dilatation du sinus frontal.

ans l'angle naso-frontal, du volume d'une petite son étendue, sauf en l'absence. Cette tuméfaction régulière, par l'écartement l'hypertrophie du squelette exophtalmie en dehors stait de l'épiphora mais conservé toute sa puissance était normal. La tuméfaction la délimitait l'examen ne s'accompa-

le PRAVAZ, faite au point s en refoulant le piston, uille une gouttelette de tre aspiré. Le diagnostic gissait d'une tumeur à *mucocèle du sinus frontal*, car l'aiguille, pénétrant it permis de constater, ait dans le sinus par un

petit malade est inté-scarlatine fort grave, u cours de laquelle, se moyenne suppurée, et e, qui dura fort long- id même, avec comme d'enclenchement.

rd, son père, le Dr R..., naso-orbitaire une très reuse et ne s'accompa-té du nez ou de la vue. peu, s'accompagnant it présenté en mars, au , en raison de la dureté olence, hésita entre un ne mucocèle. Je le vis nasal, et constatai que l'adhérence totale entre le iquait de sa suppuration sus du cornet inférieur, s'étendant d'avant en ngulièrement la choane us frontal était impos- ice des sinus ne fit rien sinus s'éclairaient bien. trace d'inflammation ne respiratoire du côté t pas et mouchait peu e Professeur de LAPER-dre, étant donné le peu e, CASTEX vit ce jeune er degré d'exophtalmie phora, pas de douleurs, CASTEX conseilla d'ou- ne radiographie faite à ispect du côté des sinus

gues prolongées, il se et la tuméfaction, en

quelques jours, prit un développement plus considérable. C'est alors que je revis le malade.

Devant le diagnostic confirmé, l'opération fut décidée pour le 23 octobre et faite à la maison de santé de l'hôpital de la Charité.

Le sourcil étant rasé, le bistouri trace une incision orbito-nasale, courbe, qui va jusqu'à l'os, et donne ainsi un grand lambeau triangulaire à base inférieure, que la rugine refoule en quelques coups, ce qui met à nu la tuméfaction osseuse, dure, blanche, jusqu'à sa limite inférieure, où il existe une solution de continuité par laquelle, après un coup de rugine, s'écoule du liquide colloïde visqueux comme de la gelée de pommes. Une pince gouge courbe introduite par cette ouverture inférieure, fait sauter toute cette tuméfaction, et l'on constate qu'elle communique par un orifice à passer le petit doigt avec le sinus frontal droit. La lèvre supérieure de l'incision cutanée est disséquée, le périoste décollé, et la gouge et le maillet ouvrent largement le sinus frontal que l'on peut explorer mieux, après avoir avec beaucoup de peine, avec la curette, enlevé le mucus épais qui le remplit. C'est un sinus avec diverticule sus et rétro-orbitaire, par conséquent fort grand; comme on ne peut arriver à le vider complètement du mucus qu'il contient, on s'aperçoit qu'il existe une perforation de la cloison intersinusiale, et par laquelle vient de la matière colloïde; cette perforation est agrandie, et à la gouge et au maillet le sinus gauche est ouvert. Il est plus petit, mais rempli également de la même gelée. À la pince gouge, on supprime la cloison intermédiaire et on fait de ces deux cavités, un couloir en bissac, facile à curetter et à drainer. Nous nous appliquons à détruire soigneusement la muqueuse, très vasculaire et épaissie, tant par la curette que par le chlorure de zinc en solution au 1/10. Nous essayons le cathétérisme rétrograde du canal frontal: il est impossible. Il y a là une cicatrice osseuse infranchissable. Nous n'insistons pas, et refermons le tout, laissant un drain qui couché au fond des deux sinus sort pas l'angle inférieur de la plaie. Pansement saloté.

Les suites furent excellentes et fort simples; un peu de suintement séreux pendant les trois premiers jours; le drain fut enlevé le quatrième, et les fils le huitième; la réunion était complète et il n'y avait pas de déformation.

Dans une lettre en date du 14 décembre, j'apprenais que l'état se maintenait très satisfaisant, « l'épiphora n'existe plus, l'œil n'est plus gêné dans ses mouvements, et l'exophtalmie a beaucoup diminué ».

Le 2 février 1902, tout allait bien, et l'enfant travaillait sans fatigue, l'œil revenu en place, et sans déformation au niveau de la plaie.

Les cas de mucocèle du sinus frontal, sont rares, et Luc (1) constatait avec raison, dans un article d'il y a quelques années, que c'est à peine si cette affection était citée dans les traités de pathologie externe les plus récents; elle méritait pourtant de fixer davantage l'attention des chirurgiens, en raison de son action déformante sur le visage, et de la menace

(1) Luc — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1899. T. XXV, p. 395.

qu'elle peut représenter à un moment donné, à l'égard de l'organe de la vision, tandis qu'il ne dépend que d'un bon diagnostic entraînant une intervention précoce pour en faire disparaître toute trace ».

Les deux premiers travaux d'ensemble datent de 1881. Dans leur thèse inaugurale, GARREAU (1) et BERTHEUX (2), reprenant les quelques observations de ce genre publiées avant eux (3), établissent que la muco-cèle frontale débute lentement, insidieusement, sans douleur ne se manifestant que par une certaine gêne dans les mouvements de l'œil, quand elle a acquis un certain volume, et par de l'épiphora, ce qui explique qu'elle a presque toujours été décrite par des ophtalmologistes.

Viennent ensuite les observations de BULLER (4), GROSSMANN (5), PADULA (6), R. WILLIAMS, de Liverpool (7), BOCK (8), VINCENTIS et POLIGNAGNI (9), DUNN (10), CRESSWELL BABER (11), deux faits de MÉR, de Pise (12), et un de ROLLET (13), cités dans la thèse de BOEL (14); puis les relations de SPENCER WATSON (15), BORD (16), quatre cas de SILKOCK (17), de STEINER (18), le cas de LUC, celui de VALUDE (19), de HALLAUER, (20), de BATUT, de LAURENS (21).

**Pathogénie.** — Trois théories pathogéniques ont été émises pour expliquer la production de la muco-cèle. Dans la première (GARREAU et BERTHEUX) il s'agirait d'un kyste par rétention du conduit excréteur d'une glande de la muqueuse du sinus, les auteurs assimilant la muco-cèle frontale aux kystes muqueux du sinus maxillaire décrits par GIRALDES en 1851. La seconde théorie a été émise par BOEL qui, se basant sur l'observation de ROLLET, et une de SPENCER WATSON, admet qu'il s'agit simplement d'une infection atténuée du sinus une infection plus virulente engendrant au contraire l'empyème du sinus.

La plupart des auteurs se rallient à la troisième

opinion : l'obstruction complète ou du canal fronto-nasal étant la cause la dilatation kystique du sinus ; qui soit consécutive à une infection d'ostéite hypertrophique éburnée du nez, à des cicatrices, à des tumeurs bénignes, ou à une déformation, congénitale.

Cette théorie permet d'éliminer première, qui n'est guère plus sou et d'autre part permet aussi d'interpréter le deuxième, où l'infection ne sera la muco-cèle, mais simplement la dilatation du canal fronto-nasal.

**Anatomie pathologique.** — L'affection est unilatérale, et l'on ne peut guère que celles de ROLLET, notre.

La cavité kystique est plus ou moins mais le caractère de l'affection progressive, par usure de l'os, usure même, à une partie (BULLER) ou à des cellules ethmoïdales, et dans disparaître la paroi postérieure. « Finalement j'atteins la dure-mère le contenu du kyste, forme le fond du kyste s'est donc rompu en haut de la dure-mère. »

Cette usure s'accompagne aussi principalement accusée en bas, au nasal, et en avant au point culminant : l'os prenant dans ce cas, la place de l'ivoire.

La muqueuse sinusienne est épaissie (BULLER, LUC), plus vasculaire parsemée de petits kystes glandulaires donné, par suite de l'extension en poche, celle-ci peut se rompre, et dehors sous les téguments, formant un kyste et mollasse.

Le liquide présente comme caractère commun de n'être jamais purulent consistant en gommeuse caractérisée de nombreux cristaux de cholestérol de graisse, et une grande quantité peuvent faire varier sa coloration jaune brun et même au noir (STEINER de globules blancs).

**Diagnostic, symptomatologie et symptômes subjectifs** de l'affection dit, sont à peu près nuls. Il n'y a pas de douleurs spontanées au niveau de la malade de MÉR. Le malade de simple tension.

Les caractères sont surtout ceux d'une tuméfaction fronto-orbitaire interruption par sa base avec l'os lieu d'élection est un peu au-dessus

(1) Ca. d'HALLAUER. La tumeur était 10 centim sur 9. L'œil était abaissé de vision n'avait pas souffert.

- (1) GARREAU. — Th. Paris, 1881.
- (2) BERTHEUX. — Th. Paris, 1881.
- (3) 3 observations personnelles de GARREAU, une de SANTEREAU, une de BOUYER.
- (4) BULLER. — Mucocèle of the frontal sinus. Americ. Journ. of ophthalmology, 15 mai 1884.
- (5) GROSSMANN. — Kyste of frontal sinus. Liverpool Med. chir. Journal, July 1889.
- (6) PADULA. — Mucocèle del seni frontali con usura del osso. Rivista veneta di sc. medic., 70-78, 1889.
- (7) R. WILLIAMS. — On orbital Tumour from mucous distension of the frontal sinus, 3 cas.
- (8) BOCK. — Medic. Presse and. circular, déc. 1882.
- (9) VINCENTIS et POLIGNAGNI. — Annales de la clinique oculistique de Naples, 1890-1893.
- (10) DUNN. — Case of fronto-ethmoidal mucocèle. Virginia medic. Monthly, nov. 1896.
- (11) CRESSWELL BABER. — Mucocèle of the frontal sinus. Laryngological society. London, nov. 18 8.
- (12) MÉR de Pise. — Annali di ottalmologia, 1892, cité dans Th. de BOEL.
- (13) ROLLET. — In Th. de BOEL.
- (14) BOEL. — Th. de Lyon, 1896.
- (15) SPENCER WATSON. — Lancet, mai 1897.
- (16) BORD. — Mucocèle of the left frontal sinus. Laryng. society. London, 1897.
- (17) SILKOCK. — 4 cas. Practit. March, 1897.
- (18) STEINER. — Centralblatt für Augenheilk., 1897.
- (19) VALUDE. — Recueil d'ophtalmologie, 1899.
- (20) HALLAUER. — Mucoc. des sinus front. Zeitschrift für augenheilk., 1899.
- (21) LAURENS. — Ostéome des fosses nasales, avec muco-cèle fronto-maxillaire. Résection partielle du maxillaire supérieur, du tiers interne de l'arcade sourciliera et de l'ethmoïde. Trépanation du sinus frontal. Guérison. Annales des mal. de l'oreille, 1899, p. 775.

arconstitue souvent  
e par le malade.

(MEL, VALUDE) la  
sac lacrymal et le  
premiers signes de  
hypertrophie osseuse

lat, l'aspect est le  
ant l'angle supéro-  
peu mollesse ou fluc-  
live, mais jamais  
s frontal. En même  
dehors, et un peu  
uvée, et il existe de  
être négative, ou  
ostose, une cicatrice  
aticable. Les sinus

ement facile, car on  
avec l'empyème du  
e cas sont tels (passé  
spontanées, écoule-  
d'empyème ouvert,  
quefois tuméfaction  
u, dans le cas d'em-  
est facile et, en tout  
faite en point mol-  
indécision.

ela peut être moins  
tion basse, siégeant  
rrait prendre l'affec-  
, d'autant plus qu'il  
par la compression

ir une empyème des  
ne tumeur de cette  
ns ce cas, la rhinos-

tuméfaction peut en  
l'orbite, et il n'y a  
e qui puisse éclairer  
oratrice, mais en se  
sseuse peut être dure  
le liquide visqueux,  
ponction blanche et

ite, mais progressive,  
né une intervention  
lques cas, par suite  
canal naso-frontal.  
cle, le kyste est vidé  
, de SPENCER WATSON,  
est peut-être plus

t jamais été mauvais,  
ucocèle, progressant  
pouvant faire dispa-  
la paroi postérieure  
er la presque totalité  
a un moment donné

se produire des complications sérieuses du côté du  
cerveau, ou de l'organe de la vision.

*Traitement.* — La ponction a été préconisée comme  
curatrice, mais elle ne peut être considérée comme  
telle, « car on ne peut lui demander la disparition de  
la muqueuse qui ne manquera pas de reproduire le  
liquide évacué, ni celle du tissu osseux distendu qui  
a envahi l'orbite et défiguré le malade (1) ».

Ce qu'il faut, c'est une intervention vraiment chirur-  
gicale, et qui comprend les temps principaux suivants :

1° Pratiquer, après mise à nu de la tuméfaction,  
par une incision appropriée (celle qui laisse le moins  
de trace après cicatrisation), une large ouverture du  
kyste, en réséquant le plus possible de la paroi anté-  
rieure et interne (celle qui refoule et dévie l'œil).

2° Ouvrir le ou les sinus frontaux s'ils commu-  
niquent.

3° Explorer et détruire (Luc) toute la muqueuse,  
soit à la curette, soit à la pince, par dissection, soit  
par les caustiques.

4° Rétablir la communication nasale, soit en cathé-  
térisant et en dilatant le canal, soit en en créant un de  
toute pièce, au moyen d'une petite fraise.

5° Si le drainage est possible par le canal naso-  
frontal, fermer la plaie extérieure sans drainer, sinon  
drainer pendant quelques jours, par la plaie exté-  
rieure.

Le rétablissement du canal fronto-nasal est parfois  
impossible ; et certes il vaudrait mieux que l'on pût  
rétablir sa perméabilité et l'utiliser à l'exemple de  
GROSSMAN, WILLIAMS, CRESWELL, BABER, BOND, SÍLKOCK,  
ROLLET, pour le drainage ultérieur du foyer ; mais  
quand cela ne se peut, si l'opération a été conduite  
très antiseptiquement, et surtout si toute la muqueuse  
a été bien détruite, la réunion de la plaie par première  
intention sera facilement obtenue.

#### Quelques réflexions sur « Les Avariés » de Brioux

par M. le docteur L. Julien, de Tourcoing.

J'écrivais, il y a deux ans : « A mon avis, les méde-  
cins ont tort de ne pas s'inquiéter des incursions que  
les littérateurs font dans leur domaine. La plume d'un  
écrivain de talent est une arme puissante de propa-  
gande intellectuelle, qu'elle répande la vérité ou  
l'erreur. »

J'écrivais ces lignes à propos du roman « Fécondité »  
d'Emile Zola. J'ai pour l'œuvre entière du grand  
romancier la plus profonde admiration. Mais c'était  
contre les exagérations de ses idées sur la castration  
de la femme que je m'élevais. Et je voulais surtout,  
alors, insister sur le devoir que nous avons, nous  
autres médecins, de mettre en garde l'esprit populaire  
contre les erreurs funestes que les romanciers peu-

vent lui inculquer, quand ils abordent, insuffisamment documentés, les grandes questions médicales.

Combien, par contre, c'est autant mon désir de voir le corps médical aider de tout son pouvoir, dans son œuvre de saine propagande, l'écrivain qui met son talent à faire connaître au peuple, en y mettant la poésie qu'il convient, mais en respectant les données de la science, les sujets médicaux de prophylaxie sociale !

N'est-ce pas l'occasion qui nous est offerte par la publication des « Avariés » de Brieux dont la censure s'est empressée d'interdire la représentation sur la scène ? — Monsieur Brieux a eu beau y mettre des formes, aller jusqu'à prévenir dès le début de la pièce : « qu'ayant pour objet l'étude de la syphilis dans ses rapports avec le mariage, elle ne contient aucun objet de scandale, aucun spectacle répugnant, aucun mot obscène ; qu'elle peut être entendue par tout le monde, si l'on croit que les femmes n'ont pas absolument besoin d'être sottes ou ignorantes pour être vertueuses, — la censure n'a rien voulu entendre, fidèle représentante de cette méprisable partie de la bourgeoisie, égoïste et rebelle au progrès, austère et pudibonde comme la vieille bigotte dont l'hyménée s'est toujours éloignée ou la vieille hétaïre qui veut cacher son jeu.

Heureusement qu'elle n'est pas le public, Dame Censure ! Je craindrais qu'en matière d'éducation le siècle qui vient de commencer n'ait pas fait un pas sur celui qui vient de s'éteindre. Et je dirais, par exemple, à un de mes excellents Maîtres, qu'il n'est pas près de voir la réalisation de cette idée pédagogique qu'il exprimait un jour dans son service : « Qu'au lieu de bourrer le cerveau des jeunes garçons d'un tas de préjugés inutiles ou dangereux, on ferait bien mieux de leur apprendre à ramener en avant quand la curiosité ou une manœuvre maladroite leur a fait pousser en arrière, l'anneau fatal, cause des paraphimosis. »

Que d'enseignements à répandre dans cette œuvre de Brieux ! Ne faut-il pas que le public connaisse l'existence de ce taré sans scrupules que son mal ne fait pas reculer devant un mariage lucratif ? Il nous arrive dans notre cabinet sous le prétexte d'une consultation à nous demander, mais fixé à l'avance sur la nature de sa maladie et cherchant plutôt à nous surprendre une excuse à l'acte criminel que sa cupidité lui fera, malgré tout accomplir.

*Le Docteur.* — ..... « Non, je semaine prochaine, et même, Vous êtes venu ici sachant ce que vous êtes venu me demander des conseils et de n'en tenir compte que s'il y avait votre désir. Une superficielle hâte à courir cette chance de mettre tout couvert. Vous avez voulu avoir l'air de rejeter plus tard les conséquences vous entrevoyez la culpabilité.

Il est, en effet, marié, le premier revoyons au second acte, à cet acte gentille et gaie, tandis que, maintenant, assistons à l'apparition d'un rejeton contaminé.

Brieux ne manque pas l'occasion à ces familles criminelles de scrupule d'abuser de l'ignorance des braves et saines filles du peuple pour rétablir la santé de leurs productions.

Au troisième acte, arrive le mari qui vient se plaindre.

Il est député. — Il en entend.

*Le Docteur.* — « Ah ! voilà l'homme ! Vous êtes député, vous avez l'honneur de faire les lois et de donner l'exemple. Comme probablement vous ignorez la tuberculose ! »

Et le pauvre homme est comblé de suggestif défilé !

Voici d'abord une ouvrière mariée morte de son mal, pour nous faire de se procurer les médicaments sans doute là une exagération de pronostic de la syphilis, mais volontiers à l'auteur, car elle est une des erreurs incompréhensibles du public.

— « On lui a bien donné la syphilis, lui a refusé les médicaments, par exemple à Paris que depuis trois mois.

Pareil fait, hélas ! ne se passe-t-il pas ?

Voici le père d'un collégien contaminé par la syphilis à dix-huit ans, syphilis.

Lui non plus ne savait pas, la gravité du mal dont son fils était atteint.

*Le Docteur.* — ..... « Le remède à la syphilis, la syphilis comme un mal mystérieux même pas prononcer le nom... l'attrape, parce qu'on ne sait pas.

u'on ne sait pas. »  
 enne aux jeunes  
 ment, et les mal-  
 adolescence. »

timide objection :  
 'udent d'éveiller »  
 nent d'exaltation :

acte qui perpétue  
 nous organisons  
 fants, une gigan-  
 u silence Un bon  
 sa fille dans ces  
 nt des refrains à  
 mettra pas qu'on  
 eux, de cet acte  
 », semble-t-il, que  
 ons. ... La porno-  
 st pas. »

diste. C'est l'éter-  
 patron, mise à la  
 assions de vieux  
 ur le trottoir et  
 contagion. Entre  
 iter, que pensez-

onduite à Saint-  
 une histoire que  
 mise parce que  
 mmes vous flan-  
 qu'on flanque en

Brieux, et pour,  
 es monstruosités

de Brieux, mais  
 m'ont frappé. Ne  
 mes frères, pour  
 uvre de moralité  
 'ariés ».

lame Censure, en  
 nsidérable qu'elle  
 'elle a prononcée,  
 nthropique

la pièce à mes  
 pères de famille à  
 et si mon conseil  
 e récrimination :  
 r raconterai cette  
 . compulsant un  
 uquiniste, vint à  
 tellement épicées

qu'il ne put se défendre de cette réflexion : « Mais à  
 qui, diable ! pouvez-vous vendre ces saletés-là ! »  
 Et le bouquiniste, narquois, de lui répondre : « Vous  
 oubliez, Monsieur, les collégiens ! »

## Analyses de Mémoires français & étrangers

**Manuel pratique du traitement de la diphtérie** (sé-  
 rothérapie, tubage, trachéotomie), par MM. DEGUY et  
 WEILL. Introduction par Marfan. 1 vol de 300 pages  
 avec 69 figures. Paris, Masson, 1902.

MM. DEGUY et WEILL se sont proposé dans leur livre de  
 faire connaître le traitement de la diphtérie, tel que l'ont  
 établi les travaux du XIX<sup>e</sup> siècle, et surtout d'en indiquer  
 la technique d'une manière très détaillée. Leur ouvrage  
 est le miroir fidèle de ce qui se fait au pavillon de la  
 diphtérie de l'hôpital des Enfants-malades, à Paris.

Au début, le diagnostic de la diphtérie est exposé de la  
 manière la plus claire. On trouvera dans ce premier cha-  
 pitre la technique du diagnostic bactériologique. C'était  
 là une introduction tout à fait indispensable à un ouvrage  
 où les auteurs tenaient avant tout à donner un traitement  
 rationnel et véritablement scientifique. — L'étude de la  
 sérothérapie vient ensuite. D'abord le sérum, avec ses  
 différentes variétés suivant les pays, sa conservation, ses  
 doses, l'évolution d'une diphtérie traitée par le sérum.  
 toutes ces parties sont successivement étudiées avec une  
 clarté et une concision qui ne laissent nul point dans  
 l'obscurité. La technique de la sérothérapie, les phéno-  
 mènes généraux consécutifs, le traitement local et le trai-  
 tement général en dehors de la sérothérapie, tout l'objet  
 des pages suivantes. Les lavages de la gorge, les vaporisa-  
 tions et pulvérisations, les soins à donner au nez, aux  
 oreilles et à la peau occupent dans ce manuel toute la  
 place qu'ils méritent et le texte est heureusement complété  
 à leur sujet, comme plus loin à propos du tubage et de la  
 trachéotomie, de photographies parlant aux yeux et de  
 multiples figures d'instruments.

En ce qui a trait au tubage, on trouve ici la description  
 des appareils à mandrin, puis celle des appareils sans  
 mandrin. Parmi les premiers, l'instrumentation spéciale  
 aux auteurs vaut qu'on s'y arrête. — L'appareil DEGRY-  
 BENJAMIN WEILL diffère des instruments d'O'DWYER et de  
 SEVESTRE-COLLIN par la suppression du déclancheur, la  
 substitution d'un verrou à pivot au verrou à glissière pour  
 la fixation du mandrin, le choix d'un mandrin de calibre  
 uniforme sur toute sa hauteur et la possibilité de trans-  
 formation de l'introducteur en extracteur, par suite la  
 suppression de l'extracteur. Ces avantages sont assez évi-  
 dents pour se passer de commentaires plus étendus.

On étudie ensuite les fautes opératoires et accidents du



tubage, les complications qu'il peut entraîner, etc. — La trachéotomie et ses divers procédés fait l'objet du chapitre VI : à noter d'intéressantes pages sur le traitement des sténoses laryngées métadiphtériques. — Le parallèle du tubage et de la trachéotomie, le traitement des complications de la diphtérie, l'étude des associations pathologiques de la maladie, remplissent les paragraphes suivants. — Vient enfin la prophylaxie, avec l'emploi des injections préventives : à ce propos les auteurs concluent que l'immunité artificielle produite par le sérum, malgré sa durée et son efficacité transitoires, est d'un grand secours dans la prophylaxie ; elle est un moyen qu'il ne faut pas négliger, et dont il ne faut pas craindre d'user, le cas échéant, car il est d'une innocuité absolue, malgré les petits accidents de la sérothérapie.

Un appendice est consacré à la médecine légale : déclaration obligatoire, certificats, accusations contre le médecin. Ainsi, le livre est aussi complet que possible, en ce qui a trait au diagnostic et au traitement. « J'ose croire, dit M. MARFAN, que MM. DEGUY et WEILL auront rendu service à leurs confrères ». On s'en convaincra aisément à la lecture. Les questions controversées ont été élaguées de parti-pris, mais M. MARFAN s'est chargé de les mentionner dans son intéressante préface. Elle contient une courte histoire de la diphtérie, depuis ARÉTÉE jusqu'au vingtième siècle, des vues d'ensemble sur le bacille et l'immunisation. Les vingt pages de cette introduction sont pleines d'enseignement et ajoutent encore à la valeur du travail si actuel de MM. DEGUY et WEILL.

La littérature concernant le traitement de la diphtérie est considérable, on ne l'ignore point. Ceux qui n'ont pas parcouru le présent manuel peuvent croire que le besoin ne s'en faisait pas sentir. Leur erreur est certaine : le praticien qui aura ce livre dans sa bibliothèque ira d'emblée à lui, pour tout renseignement qui lui manquera. Il n'en ira pas chercher d'autre, parce qu'il sera assuré d'y trouver clairement indiqué absolument tout ce qu'il faut savoir ; et, à coup sûr, ce n'est pas, pour un ouvrage médical, une qualité banale.

Dr I...

**SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD**

**Séance du 14 Février 1902**

**Présidence de M. DUTILLEUL, président.**

### Expériences d'immunisation contre le liquide hydatique

**M. le Prof. Surmont et M. Dehon** communiquent à la Société une note sur la « Détermination du point cryoscopique du liquide hydatique avec recherches osmotiques sur la membrane. Dédutions pathogéniques ». Il en résulte : 1° Que le point de congélation du liquide hydatique est sensiblement égal à celui de la lymphe;  $\Delta = -0.63$ ;

2° Que la membrane hydatique es  
deux sens aux substances cristalloïd

Ces constatations physiques expliquent les échanges moléculaires entre le plasma et les cellules, par suite, d'une part, la faiblesse des échanges gazeux, et d'autre part, le peu d'intoxication par les toxiques dans la marche habituelle.

Des faits précédents et de la c  
M. VIRON d'une toxalbumine dans le  
**MM. Surmont et Dehon** déduis  
immunisation plus ou moins marq  
de petites doses de toxines hydatique  
d'après eux, d'une part, les graves p  
tion qui suivent la rupture des kyste  
incomplète (1), et d'autre part, ces  
grand nombre d'observations clinique  
répétition à une seconde interve  
accidents toxiques (urticaire, fièvre  
manifestés à la première, la grande  
prédominance de ces accidents dans  
l'évolution des kystes. On trouve  
d'assez nombreuses observations con  
théoriques.

**M. Verdun** dit qu'il a injecté p  
péritoine de lapins, 30 cc. de liq  
accidents. Peut être le lapin a t il t  
naturelle.

**M. Surmont** répond, qu'en effet, les résultats obtenus par injection so

## Maladie de Ravn

**M. Ingelrâns** présente en son **M. Gaudier** une femme de 50 ans symétrique des mains. Les extrémités d'une couleur cyanotique foncée. Les ongles des plus accentués ; il existe des crises convulsives spontanées. L'affection a débute et dure depuis trente-cinq ans, par où les doigts étaient simplement atteints d'asphyxie n'est venue que plus tard, marquée que depuis six ans. La paralysie n'a pas survenue, comme c'est fréquent.

L'hiver, les symptômes sont extrêmes : s'est brûlée sans le sentir en se couchant. Parfois l'impotence est telle que la nuit, on se lève, on se met son chapeau sur la tête, la nuit, si possible, on se lève, on lui enlève l'épingle d'attache. A la fin, les mains deviennent noires comme de la charbonnée.

(1) D'après MM. SURMONT et DEHON, une amenant des échanges osmotiques très importants dans les tissus de l'hôte, introduit dans ceux-ci une dose de toxines beaucoup plus élevée qu'on n'en avait habituellement.



ause à 47 ans ; rien au  
uls normal ; étiologie

étiologique, dit qu'on  
en deux formes : l'une  
s, l'autre nerveuse et  
s que, chez cette femme,  
La cause de l'affection  
die se termine parfois  
a une pathogénie artéri-  
t tenir souvent à des

ans l'étiologie de cette  
s l'aménorrhée jusqu'à  
, etc. Lévi a, en effet,  
int de vue anatomique,  
re pratiqué un examen  
e en jeu dans la maladie  
so-motrice, par hyper-  
YNAUD le pensait.

taire

taux, présente, en son  
ans, un homme d'une  
à l'hôpital de la Charité  
main et de l'avant-bras  
ite, ni compression, ni  
à porter le diagnostic  
ie ; DEBOVE, en 1897, a

e le malade a une peau  
ité doit singulièrement

qu'il vient d'opérer un  
es membres inférieurs,  
ble. Cet œdème persis-  
i à la peau de la cuisse  
n un tiers de la surface  
gue durée des phéno-  
chez ce sujet, un état  
le.

érés

ne utérin enlevé à une  
enfants. Cette tumeur  
Elle présente de nom-  
le champignons.

; Diabète

présentent des coupes  
emme morte de coma  
professeur COMBERALE.  
ur avec 700 à 800 gr.

de sucre. L'amaigrissement fit des progrès rapides ; de  
l'œdème apparut aux membres inférieurs ; puis vint le  
coma terminal. A l'autopsie, tuberculose pulmonaire,  
néphrite chronique et atrophie extrême du pancréas.

**M. Curtis**, qui a examiné les coupes, dit n'avoir jamais  
rencontré de sclérose si prononcée. Les cellules pancréa-  
tiques sont très rares et méconnaissables.

#### Cancer du sein chez l'homme

**M. Gellé** présente, au nom de **M. Dubar**, une pièce  
de cancer du sein chez un homme de 78 ans, récemment  
opéré. Depuis quinze ans, le malade portait, au niveau du  
mamelon, un nodule indolore. Un petit traumatisme le fit  
évoluer. Adhérences à la peau et au grand pectoral. Sous  
ce dernier, deux ganglions comme des noisettes. Petits  
ganglions axillaires.

**M. Curtis** dit que la tumeur est remarquable par sa  
présence chez un homme et par son volume. C'est un  
épithélioma très avancé, atypique, et bourré de ce qu'on  
nomme corpuscules parasitaires, dont la nature est  
inconnue.

**M. Folet** en a vu un cas chez un homme de 84 ans, qui  
avait cette tumeur sans le savoir et ne se fit pas opérer.

**M. Colle** a vu un cancer du sein envahir tout le thorax  
chez un adulte.

**M. Le Fort** a vu un cancer à évolution normale chez  
un adulte.

**M. Druchert** connaît un malade opéré, il y a quatre  
ans, d'un lymphadénome de la mamelle, sans récurrence.

#### Dilatation anévrysmales de l'aorte descendante

**M. Curtis** a trouvé à l'autopsie d'une femme atteinte  
de néphrite interstitielle et morte d'urémie, une dilatation  
fusiforme très étendue de l'aorte descendante contenant un  
énorme thrombus fibrineux. Aucune embolie. Pas de signes  
de syphilis, sauf épaississement du diploé et luette atro-  
phiée ; les os étaient très fragiles.

**M. Surmont** croit que l'épaississement du diploé est  
de nature syphilitique. C'est l'opinion d'HERMANN.

**M. Charneil** dit, qu'en effet, on trouve des cas de ce  
genre dans divers travaux. Pour beaucoup d'auteurs,  
l'anévrysme aortique serait toujours de nature syphilitique.

**Panaris ; élimination d'une partie de la phalangette**

**M. Folet** fait une communication sur ce sujet et présente  
une radiographie (sera publiée).

#### Hystérectomie pour annexite

**MM. Ovi** et **Davrinche** présentent les pièces d'une  
annexite. On a fait l'hystérectomie subtotale. L'ovaire et la  
trompe n'ont été trouvés qu'avec difficultés. La trompe  
était, en effet, adhérente à l'utérus en arrière et c'est à  
peine si on peut voir le canal tubaire tant les parois sont  
épaissies.

**Volumineux kyste dermoïde abdominal pédiculisé sur les deux ligaments larges avec intégrité des deux ovaires.**

**M. Colle.** — Une femme âgée de quarante ans, désire être délivrée d'un prolapsus utérin. L'examen montre dans le ventre une tumeur grosse comme une forte tête d'adulte, indépendante de l'utérus, très dure, très mobile, irrégulière. L'état général assez précaire fait hésiter entre deux hypothèses : kyste dermoïde ou tumeur maligne de l'ovaire. — Le prolapsus est complet.

**Laparotomie.** — Ascite abondant baignant de nombreux amas caséeux. La tumeur accouche très simplement. Elle présente à son pôle supérieur, une longue ligne d'adhérences épiploïques qui sont sectionnées. Son pôle inférieur montre deux pédicules qui se perdent sur la partie postérieure des ligaments larges, à droite et à gauche. Le pédicule droit est beaucoup plus volumineux et contient de gros vaisseaux. Ligature rapide des deux pédicules ; ablation de la tumeur. L'examen des parties ménage une surprise : les deux trompes et les deux ovaires, parfaitement sains et normaux, sont en place. Un peu au-dessus des ovaires et en dedans, les deux ligatures témoignent des points d'insertion à peu près symétriques des deux pédicules.

L'opération est terminée par une large hystéropexie. Guérison rapide sans incidents.

L'intérêt de cette observation réside tout entier dans l'incertitude concernant le point d'origine de la tumeur. Celle-ci, singulièrement dense et massive, est formée de petites poches kystiques remplies de sébum et de poils. En certains points, des os très durs ont obligé d'employer la scie pour permettre l'ouverture du néoplasme. D'autres points ont un aspect tel que l'on peut supposer y découvrir des éléments cellulaires appartenant aux organes les plus divers.

**M. CURTIS**, auquel cette pièce a été présentée, nous a donné lecture d'un travail très documenté de **WILMS** (*D. Archiv f. Klin. medical Bd.*, 55, page 289, 1895) où celui-ci tend à prouver que les kystes dermoïdes, présentent des éléments empruntés aux trois feuilletts, comme le nôtre, sont toujours des kystes ovariens.

Une seule observation lui a paru un instant s'inscrire en faux contre cette assertion. Il s'agissait d'une pièce de musée où un kyste dermoïde à éléments très multiples, dérivant de l'ectoderme, de l'endoderme et du mésoderme, semblait accolé à la face antérieure du ligament large, tout à fait indépendant d'un ovaire intact. Un examen minutieux de la pièce permit à **WILMS** de trouver en certains endroits toute une série de corps jaunes, absolument semblables à ceux de l'ovaire. Et **WILMS** n'hésite pas à la formation d'un kyste dermoïde aux dépens d'un ovaire aberrant.

L'examen plus complet de notre pièce permettra peut-être à **M. CURTIS** semblable constatation.

Il était intéressant au point de vue purement clinique de signaler pareille tumeur, pédiculisée sur les ligaments larges (d'une façon vraisemblablement factice et par adhérences d'un côté, mais par un véritable faisceau vasculaire de l'autre), avec intégrité absolue des deux ovaires.

Avec **WILMS** et **M. CURTIS** nous croirions volontiers qu'il s'agit d'un kyste développé aux dépens d'un ovaire complémentaire ou encore de quelque formation dermoïde primitivement enclavée dans l'ovaire normal et secondairement luxée de l'organe, puis pédiculisé.

**M. Le Fort** émet, à ce sujet, l'hypothèse qu'il pourrait s'agir d'un ovule non fécondé émigré dans l'abdomen et se développant par parthénogenèse. Ce serait une grossesse extra-utérine spontanée sans fécondation.

**M. Colle** répond qu'on peut penser à cette cause quand la tumeur est complètement isolée, mais ici elle était attachée à l'ovaire par un pédicule.

#### Kyste hydatique suppuré du foie

**M. Davrinche**, interne des hôpitaux, présente la membrane d'un kyste enlevé par **M. FOLLET**. La malade avait eu, il y a deux ans, une affection thoracique à droite. Depuis un certain temps, elle présentait des troubles gastriques et du dégoût pour les graisses. Récemment, de la fièvre était apparue. A la palpation, on sent une tumeur abdominale, descendant à deux travers de doigt en dessous de l'ombilic, suivant le diaphragme pendant la respiration. Deux litres de pus s'échappent de cette tumeur au moment de l'opération. En même temps, évacuation de deux poches hydatiques. La malade a guéri.

**M. Verdun** montre les crochets du tœnia qu'il a trouvés dans le liquide de ce kyste.

**M. Surmont** fait remarquer qu'il y a eu chez la malade une première phase avec accidents thoraciques et une seconde avec dégoût des graisses ; ces deux signes pouvaient mettre sur la voie du diagnostic.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

Le VI<sup>e</sup> Congrès français de Médecine se réunira à Toulouse, pendant les vacances de Pâques 1902, sous la présidence de **M. le professeur LEMOINE** (de Lille).

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1<sup>o</sup> *Insuffisance hépatique.* — Rapporteurs : MM. les professeurs **CHARBIN** (de Paris), **DUCAMP** (de Montpellier), **VER ECKE** (de Gand).

2<sup>o</sup> *Les convulsions chez l'enfant.* — Rapporteurs : MM. les professeurs **Moussous** (de Bordeaux), **D'ESPINE** (de Genève).

M. les  
unica-  
ngrés.  
s titu-  
issance  
  
avant  
nes et  
rès.  
es des  
habi-  
  
ments  
au du  
  
s titu-  
ur les  
et per-  
siences  
  
t leur  
ARANT,  
par la  
ement.  
  
mistes  
les 24,  
la pré-  
faculté  
GILIS,  
  
rl.  
  
que ou  
vouloir  
ZUNZ,  
cht für  
  
d'alié-  
l'asile  
placer,  
s deux  
  
portant  
classe  
te, de  
ubaix ;  
; MAES,

d'Allouagne (Pas-de-Calais) ; TRUFFIER, d'Arras ; FOUQUET, de Saint-Amand (Nord) ; ACHERAY, de Mons-en-Barœul (Nord) ; DELDALLE, de Mouveaux (Nord) ; VANDEPUTTE, de Lille ; BOUVIER, de Savonnières-en-Perthois (Meuse).

#### SOUTENANCES DE THÈSES

M. G.-J. DUBIQUET, d'Annœux (Nord), ancien interne des hôpitaux de Lille, a soutenu avec succès, le mardi 18 février 1902, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 69) intitulée : *L'asphyxie des extrémités, symptôme d'insuffisance rénale.*

— M. C.-D. LEURIDAN, de Steenwerck (Nord), interne à l'asile d'aliénés de Bailleul, a soutenu avec succès, le vendredi 21 février 1902, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 70), intitulée : *Contribution à l'étude de la paralysie générale chez la femme : la paralysie générale à l'asile de Bailleul.*

#### ACADÉMIES & SOCIÉTÉS

*Société de chirurgie.* — Sont élus correspondants nationaux : MM. les docteurs CHAVANNAZ, de Bordeaux ; IMBERT, de Montpellier ; MARTIN, de Rouen ; DELAGENIÈRE, de Tours ; TOUBERT, médecin militaire.

#### HOPITAUX & HOSPICES

*Lyon.* — M. le docteur BARJON est nommé après concours médecin des hôpitaux.

*Le Havre.* — M. le docteur Maurice GUILLOT est nommé après concours chirurgien adjoint des hôpitaux.

#### UNIVERSITÉS DE PROVINCE

*Amiens.* — M. BERNARD, professeur d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine, est nommé professeur honoraire.

*Angers.* — M. le docteur LÉGLUDIC, professeur de physiologie, est nommé directeur de l'Ecole de médecine.

*Clermont Ferrand.* — M. le docteur DIERLAFFÉ est nommé, après concours, professeur suppléant d'anatomie.

*Nantes.* — M. le docteur HEURTAUX, professeur de clinique chirurgicale, est admis à la retraite à partir du 1<sup>er</sup> avril 1902 et nommé professeur honoraire.

#### Distinctions Honorifiques

**Médaille des épidémies.** — La médaille d'or est décernée à M. le docteur SANDRAS, d'Oran (Oran).

**Officier d'académie.** — M. le docteur ROL (d'Asnières), est nommé officier d'académie.

**Mérite agricole.** — M. le docteur POIRIER, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est nommé chevalier.

#### Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs PASSOT, de Lyon (Rhône) ; POIDEVIN, de Segré (Maine-et-Loire) ; DEYNAUD, de Pellegrue (Gironde) ; MONDOTTE, de Bordeaux (Gironde) ; CRÉDEVERONE, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers ; BARBÉ-GUILLARD, directeur de l'Asile d'aliénés de Behon (Côtes-du-Nord) ; HOBON, d'Alençon (Orne) ; LEDROLLE, de Pintheville (Meuse) ; MAUGER-LAVANTHE, de Gers (Manche) ; THÉRÈSE, de Paris ; QUENOUILLE, de Sens (Yonne).

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES.** — *l'Emulsion Marchais* est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration.

**RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX**  
**NEUROSINE PRUNIER**

(Phospho-Glycerate de Chaux pur)

# L'ECHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; Barrois, professeur de parasitologie ; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; Carlier, professeur agrégé ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale. Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé ; Guérin, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Kéraval, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; Looten, médecin des hôpitaux ; Manouvriez (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; Surmont, professeur de pathologie interne et expérimentale ; Verdun, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Sur un cas de Paramyoclonus multiplex, par le docteur G. Raviart. — Sur la pathogénie de quelques kystes du mésentère, par le docteur G. Potel. — Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de balonnette Lebel. Laparotomie. Mort par infection secondaire, par le docteur R. Le Fort. — Accouchement laborieux d'un monstre hydrocéphale et ectromèle, par le docteur E. Breton. — SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD : Séance du 28 février 1902. — ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES. — VARIÉTÉS ET ANECDOTES. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Sur un cas de paramyoclonus multiplex

Par le docteur G. Raviart, Médecin-adjoint à l'asile d'aliénés d'Armentières (Nord)

OBSERVATION. — M... Henri, 21 ans. Ouvrier serrurier, entre à l'asile de Dury-lez-Amiens le 26 décembre 1900.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents paternels morts très âgés, la grand'mère est morte, à 75 ans, d'apoplexie cérébrale. Le grand-père maternel, mort à 55 ans, avait des coliques néphrétiques et de la « goutte sciatique », la grand'mère, morte plus jeune à la suite d'un refroidissement.

Un oncle paternel est bizarre d'allures, cinq autres sont bien portants.

Une tante maternelle a un fils névropathe à qui on dut donner des douches.

Le père a 50 ans, il est bien portant, très intelligent.

La mère a 46 ans, elle est calculeuse et sujette à de fréquentes migraines. Trois enfants, l'un est mort à 18 mois, le dernier, garçon de 12 ans, est bien portant, intelligent, il est assez irritable.

Notre malade est l'aîné ; venu à terme mais après un accouchement difficile, nous relevons comme maladies de l'enfance, la rougeole et la scarlatine.

A cinq ans, il va en classe où il se montre très intelligent

et très travailleur, et jusque seize ans il tient constamment la tête de sa classe.

A 12 ans surviennent des névralgies du trijumeau très fréquentes et très douloureuses. Ces névralgies, qui revêtaient la forme d'accès, naissaient à l'occasion du froid, après un travail intellectuel prolongé, souvent après les repas ; brusquement la douleur survenait, frappant un côté de la face, le côté droit le plus souvent, elle durait environ une demi-heure, parfois aussi deux et même cinq jours sans discontinuer, cinq journées, durant lesquelles le malade ne pouvait manger ni dormir, puis brusquement « comme si quelqu'un l'enlevait tout à coup, » elle disparaissait. Elle n'était pas accompagnée de contractions musculaires. Jusque seize ans, ces névralgies tourmentèrent notre malade, plus fréquentes aux changements de saison ; en mars, plus rare en hiver qu'en été. Elles furent particulièrement longues et fréquentes à l'âge de 13 ans. Le malade avait à cette époque de fréquentes épistaxis.

Entre 15 et 20 ans M... jouit d'une santé relativement satisfaisante, les névralgies faciales étaient beaucoup plus rares et moins douloureuses, par contre il éprouvait de temps en temps des douleurs fugaces, erratiques qui passaient dans le dos, descendaient dans les jambes.

Pendant l'été de 1900, alors qu'il se trouvait à Paris visitant l'Exposition, il fut culbuté par un cheval, d'où grande frayeur ; rentré chez lui, il commença à présenter quelques troubles mentaux, il se figura qu'il était indispensable dans son usine ; puis apparurent quelques idées de persécution, « on travaillait contre moi », nous dit-il, il se figura que ses camarades d'atelier, jaloux de ses capacités, voulaient entraver son travail, un vieil ouvrier l'aurait traité de paresseux. A côté de ce mélange d'idées de grandeur et de persécution, on pouvait constater chez M... une irritabilité très grande ; ainsi qu'il le dit lui-même, il se « trouvait surexcité, de voir du monde autour de lui ».

Cet état durait depuis plusieurs mois lorsque vers la fin du mois de novembre, le malade, après avoir été exposé à la pluie et au courant d'air, eut « un coup de froid à la tempe », rentre chez lui dans un état de surexcitation extrême, on dut l'aliter.

très fortes, s et la tête volubilité, et « pous-gorge », -heure des assez tran-e nouvelle le volonté. rait de la des crises, cinquième,

que n'ayant lé, il ne se attendait de de sa de- que tout le . sensations n de cons-

tat presque ans tout le

il, augmen- u plus irri- x, de sorte e continuer ury, où nous

tionné, ne e la dégéné- aits fins, la : commencé es secousses , de la face, ésentait en stuelles qui rte que ce mes obtenir le qui suit :

ut très va- e étendue. ssez intense le malade, intervalles ; it par séries rapidement inute, enfin membres et

ires, n'exis- lans l'ordre

es).

illaires).

es secousses, ints étaient eaux.

, la tête était se la cognait

face étaient sses, ce qui t grimaçant, e canin, le lus souvent

frappés : les masselers par leur contracture donnaient lieu à une sorte de trismus, mais les ptérygoidiens n'étaient pas convulsés et il n'y avait pas de grincement.

La langue était également le siège de mouvements « elle tournait dans la bouche » mais cela n'entravait ni la parole ni la déglutition.

Les muscles du *tronc* étaient aussi le siège de contractions qui entravaient les mouvements respiratoires, la respiration était alors saccadée.

Les *bras* étaient très inégalement atteints, le bras gauche l'était beaucoup moins que le droit ; le bras droit était la partie du corps la plus convulsée, et tantôt le siège de mouvements brusques et très étendus mais uniques au cours desquels le malade se heurtait aux objets avoisinants ; tantôt littéralement secoué pendant un temps variable par une succession ininterrompue de secousses déterminant de rapides mouvements de flexion et d'extension de l'avant bras, sur les bras et des mouvements de tous les doigts, tantôt enfin les muscles de l'avant-bras droit étaient le siège de contractions vermiculaires qui agitaient la peau.

Les *membres inférieurs* étaient moins secoués que le bras droit, on constatait surtout des mouvements de flexion et d'extension des cuisses et des jambes, au moment des accès le malade frappait le sol du talon et ce mouvement était absolument comparable « à celui que l'on fait avec les jambes pour surprendre ou effrayer une personne ou un animal » (MARIE).

En dehors des accès, les membres inférieurs étaient parfois le siège de mouvements brusques de flexion qui déterminaient une chute, un véritable effondrement du malade. Il n'y avait ni mouvements du pied, ni mouvements des orteils.

Ces secousses involontaires apparaissaient sous forme de crises tous les jours, vers le soir à six heures par exemple, elles étaient alors tellement fortes que le malade ne pouvait plus se tenir debout et qu'il fallait le coucher, après quelques minutes ces secousses, qui prédominaient à droite, diminuaient d'intensité et pendant une demi-heure environ les membres, au lieu d'être agités, étaient simplement le siège d'une sorte de tremblement. Ensuite apparaissaient à de longs intervalles des secousses isolées et enfin des secousses vermiculaires.

Pendant la journée le malade présentait très irrégulièrement des secousses tantôt isolées tantôt en courtes séries qui déterminaient les mouvements musculaires précédemment décrits.

Tous ces mouvements apparaissaient, étaient exagérés ou disparaissaient, sous l'influence d'agents modificateurs divers :

La *volonté*, quand il s'agissait des crises les plus violentes, était absolument sans action, mais elle exerçait une réelle influence sur les secousses de moindre intensité et de moindre fréquence.

Le malade pouvait quelquefois empêcher les secousses de se produire, une fois commencées, il parvenait à les modérer et en employant toute son énergie à les faire cesser. Quand nous lui donnions l'ordre formel de cesser ses mouvements, M... parvenait presque toujours à les modérer et même à les arrêter.

Les *mouvements volontaires* qui ne pouvaient être effectués pendant les crises étaient au contraire facilement accomplis lorsque les secousses étaient moins violentes, le malade écrivait aisément ; d'autre part, les secousses de la langue n'entravaient ni la parole ni la déglutition ; enfin, ainsi que nous allons le voir à propos de la marche, les mouvements volontaires exerçaient même une influence d'arrêt.

Les *diverses attitudes* prises par le malade exerçaient sur

les secousses une action bien différente. Écoutons plutôt le malade : « Quand je me mettais au lit, qu'il m'était impossible de marcher, les secousses se produisaient plus facilement, tandis que si je le pouvais, la marche me les atténuait et pour cela *il me fallait marcher et même courir*, la position assise ne m'était pas favorable.

Pendant que nous l'interrogeons et qu'il était assis, nous l'avons vu souvent le bras droit secoué rapidement par de nombreuses contractions musculaires, au contraire lorsqu'il marchait nous ne le vîmes qu'une fois pris de secousses intenses. Au début de son séjour à l'asile, les crises se produisaient surtout au lit et il se cognait les membres aux parois du lit.

*Les excitations périphériques.* — La percussion du tendon rotulien ne provoquait pas les secousses.

Le froid exerçait une action provocatrice très marquée, de même le changement brusque de température, l'influence du froid persiste même encore aujourd'hui.

*Etats psychiques.* — Quand M... était seul et ne se sentait pas observé, les secousses se produisaient, mais moins accentuées que lorsqu'on l'observait.

La peur, les émotions diverses provoquaient les secousses, par contre la conversation avec ses parents « produisait un apaisement. »

La lecture les accroissait, ainsi que tout travail demandant une certaine fatigue oculaire.

*Sommeil.* — Pendant le sommeil les secousses ne se produisaient pas, mais il arrivait quelquefois au malade de s'éveiller brusquement en sautant et tout se bornait là, où bien il était pris de frayeur sans pouvoir préciser pourquoi et il se mettait à trembler.

La force musculaire était conservée.

*Réflexes.* — Le réflexe rotulien était augmenté des deux côtés, il était très exagéré surtout à droite.

Du côté des muscles de la vie organique, signalons les troubles respiratoires qui se produisaient pendant les secousses ; le hoquet et des borborygmes liés aux secousses.

Il n'y avait ni troubles de la parole, ni gêne de la déglutition :

Quelques troubles vaso-moteurs tels que rougeur subite de la face, sécrétion abondante de larmes et d'urine existaient chez M...

**TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ.** — *Sensibilité subjective.* — Les secousses musculaires étaient précédées d'un engourdissement de la région qui allait en être le siège. Le malade voulait-il empêcher la production de ces secousses, il ressentait à leur place une crampe douloureuse dans les muscles intéressés.

Les contractions étaient accompagnées de sensations diverses. Les contractions cloniques s'accompagnaient à la face de la sensation d'un courant électrique rapide et interrompu parcourant toute la face et l'obligeant à fermer les yeux ; aux membres inférieurs, de la sensation d'un courant électrique montant des pieds aux genoux.

Les contractions fibrillaires des muscles de l'avant-bras droit « produisaient intérieurement la sensation d'un canal dans lequel on aurait successivement interrompu et rétabli la circulation ».

Les secousses terminées le malade éprouvait de la fatigue au niveau des régions agitées.

Enfin dans l'intervalle des secousses, notons du fourmillement et quelques douleurs dans la jambe et l'épaule droite.

Au milieu du thorax se produisaient quelquefois « des lancées » qui coupaient la respiration et pendant quelques minutes, M... respirait très doucement de crainte de les voir se reproduire.

Pendant les grandes crises du début, le malade éprouvait une sensation de constriction de la gorge excessivement gênante au point qu'il se griffait la région et qu'on devait doucement, sous peine, nous dit-il, de prolonger sa crise, l'empêcher d'y porter la main. Il n'éprouvait plus cette sensation au moment où il se présentait à notre examen. Il n'a jamais éprouvé la sensation dite du casque neurasthénique.

*Sensibilité objective.* — La sensibilité était intacte dans ses divers modes. Pas de zones d'anesthésie, il était en revanche d'une sensibilité extrême au chatouillement.

*Organe des sens.* — Réflexes oculaires normaux, pupilles égales, dilatées. Pas de rétrécissement du champ visuel, pas de dyschromatopsie. M... eut toujours plus ou moins de diplopie, c'est ainsi qu'une ligne transversale vue à une distance de cinquante centimètres lui paraissait double, à une moindre distance elle lui paraissait simple. Encore aujourd'hui, le malade a de la diplopie transitoire.

Pas de modification de l'odorat, de l'ouïe et du goût.

*Troubles psychiques.* — Nous avons vu au début de cette étude, que M... présentait d'abord un mélange d'idées de grandeur et de persécution, idées délirantes non systématisées, non basées sur des hallucinations ; à ce trouble des idées se joignit bientôt du désordre des actes, le malade déchirait ses effets, s'arrachait les cheveux. Très irritable, il éprouvait, nous dit-il, un besoin de changer de milieu, la vue de l'entourage habituel le fatiguait, lui « troublait les idées ».

C'est alors qu'on l'amena à l'asile de Dury. Il fut pendant quatre à cinq jours dans un véritable état de confusion mentale, ayant perdu toute notion de temps et de lieu, étant presque complètement désorienté, il écrivit alors à sa famille une lettre reflétant bien cet état de désorientation. Le second jour il escalada le mur d'enceinte de l'établissement et au moment où on partait pour se mettre à sa recherche, on le retrouva près de la porte d'entrée lisant une affiche qui s'y trouvait apposée. M... ne fit aucune difficulté pour rentrer, il ne put nous expliquer d'ailleurs le but de son escapade. Cet état de confusion fut transitoire, après quelques jours et consécutivement à deux interrogatoires il fut comme il le dit « bien éclairci », et il voyait les choses à leur véritable point de vue.

Les idées de persécution peu intenses ne tardèrent pas à disparaître à leur tour, M... ayant « reconnu la fausseté de ses idées après avoir constaté chez un vieillard de 73 ans, arrivé après lui, les mêmes dérangements cérébraux ».

La période de confusion passée, il put nous raconter par le menu tout ce qui lui était arrivé, il ne présentait en somme aucun trouble de la mémoire.

Il n'eut jamais ni rêves, ni cauchemars, ni vertiges. Pas d'écholalie, pas d'échokinésie, pas de coprolalie.

Entré le 26 décembre 1900 à l'asile, M... s'améliora très rapidement, ainsi qu'on l'a vu plus haut ; l'état de confusion mentale des premiers se dissipa très vite, les idées de persécution peu marquées d'ailleurs au moment de l'entrée disparurent à leur tour. Quant aux secousses musculaires assez fréquentes au début et se présentant sous forme de crises étudiées plus haut, elles ne subsistaient plus après quelques semaines de séjour, que sous la forme de secousses isolées apparaissant tantôt à la face, tantôt au bras droit, lorsque le malade était ému ou qu'il était exposé au froid. De sorte que le 17 mars 1901 il pouvait sortir presque complètement guéri.

Le traitement mis en œuvre fut des plus simples, aucun médicament ne fut ordonné. Quelques douches froides, courses, suivies de frictions, un travail manuel varié et modéré, quelques distractions, une alimentation copieuse et riche en matières albuminoïdes, la suggestion à l'état

qui l'engageait à l'isolement tant que les moyens mis

ut une violente extraction d'une

aux. Quant aux réson attention. i lui occasionne nvulsif des jam-, il a parfois un

et un ans, bien physiques de dégés rares héréditi-

gies faciales. quelques dou-

teur, apparition cution, et d'un

à un refroidis-ion de crises de

la production ques, dans toute le bras droit et it la forme de nt rapidement, aient exagérées se ou couchée ; l'attention, les che et la course. le sommeil et

, ces secousses ire, du hoquet,

accompagnées vies de fatigue grandes crises, as leurs inter-aciques.

3. Du côté des itoire.

i une période n mentale de

t la suggestion

e malade sort

**Diagnostic.** — Quelle est la nature des secousses musculaires présentées par notre malade ? A quelle affection doivent-elles nous faire songer ?

Rappelons d'abord leurs caractères : Elles étaient involontaires, instantanées, brusques, rapides, intermittentes, elles ne produisaient jamais de mouvements coordonnés et ressemblaient à des secousses électriques, elles étaient influencées par la position du malade et réveillées ou exagérées par le froid et les émotions.

Ces caractères nous font immédiatement songer aux mouvements choréiformes et c'est avec les affections au cours desquelles ils se présentent que nous devons faire le diagnostic.

Les mouvements de l'*athétose double* sont différents ; continus, ils portent principalement sur les extrémités des membres, et leur moelleux, leur lenteur contrastent avec la brusquerie des secousses de M...

Dans la *chorée de Sydenham*, les mouvements sont plus étendus, moins rapides et ne cessent ordinairement pas sous l'influence de la volonté.

Le diagnostic de *chorée rythmique hystérique* est incompatible avec les caractères des secousses et des mouvements désordonnés observés ici.

Au contraire il semble bien qu'on doive songer à une des affections caractérisées par des contractions musculaires cloniques et réunies par RAYMOND sous le nom de Myoclonies : La Maladie des tics, de CHARCOT, GILLES DE LA TOURETTE et GUINON, la Chorée électrique, de HÉNOCH-BENGERON, et le Paramyoclonus multiplex, de FRIEDREICH.

Malgré quelque similitude, nous ne rattacherons pas notre cas à la *Maladie des tics*, qui en diffère par l'insidiosité du début, la ressemblance de ses secousses à des gestes et des mouvements de la vie ordinaire, le défaut d'influence des excitations périphériques et particulièrement du froid, et enfin par la coprolalie, l'écholalie et l'échokinésie que nous n'avons pas constatées chez notre malade.

Comme dans la *Chorée électrique*, au contraire, les contractions musculaires apparaissent avec la rapidité de l'éclair, et paraissent provoquées par le passage d'un courant électrique ainsi que le malade le disait fort bien, même brusquerie, même instantanéité, même augmentation des réflexes tendineux, même incoordination des mouvements involontaires.

Mais ces caractères sont également ceux du *Paramyoclonus*, qui présente en outre avec ce que nous avons observé chez M... de nombreuses analogies : Mêmes variétés de secousses ; contractions cloniques isolées ou en série, contractions fibrillaires, se produisant successivement. Comme dans la maladie décrite par Friedreich, les mouvements volontaires étaient possibles et dès le second jour de son arrivée à Dury, M... qui cependant avait de fréquentes secousses dans le bras droit, écrivait à ses



parents sans que son écriture dénote en quoi que ce soit l'existence de ces secousses. La *Volonté* exerçait également une action d'arrêt, la marche et surtout la course, modéraient les mouvements qui s'exagéraient au contraire dans la position assise et surtout couchée. De même que dans le Paramyoclonus multiplex, les émotions et surtout le froid provoquaient ou exagéraient les secousses et celles-ci se produisaient également pendant le sommeil, éveillant le malade en sursaut.

Mêmes troubles des muscles de la vie organique, mêmes troubles de la sensibilité. Enfin, mêmes facteurs étiologiques : froid, frayeur.

Il n'est pas jusqu'à l'état de confusion mentale présenté par notre malade qui n'ait été décrit.

Nous nous croyons donc autorisé, bien que notre observation soit incomplète sur plus d'un point, à porter chez M... le diagnostic de PARAMYOCLOMUS MULTIPLEX.

Il nous reste maintenant, si le paramyoclonus est comme on l'a dit un syndrome commun à plusieurs maladies, à voir à quelle affection nous pouvons le rattacher ici. Notre malade est sorti guéri et depuis un an n'a pas cessé d'être en bonne santé, de sorte qu'il ne peut s'agir de lésions graves du système nerveux.

S'agit-il de *Neurasthénie*, nous ne le pensons pas, et nous n'avons pas relevé les stigmates de cette névrose.

L'*Hystérie* au contraire nous paraît en jeu, bien que nous n'en ayons pas constaté tous les signes, les crises que présentait le malade avant son entrée à l'asile nous semblent pouvoir être rattachées à la grande névrose, de même la sensation de constriction à la gorge dont il s'est plaint fréquemment, peut-être aussi la diplopie.

Devons-nous pour cela faire du paramyoclonus un syndrome hystérique dans l'espèce ? Nous serions plutôt tenté de mettre sur un même plan les névralgies faciales qui tourmentèrent si longtemps notre malade, les troubles multiples de la sensibilité, les crises hystériformes, les troubles mentaux, et le paramyoclonus qu'il a présentés, et de les faire dériver de l'action sur un terrain frappé de dégénérescence neuro-arthritique des différents facteurs étiologiques que nous avons relevés : froid, frayeur, surmenage intellectuel.

## Clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Charité

### Sur la pathogénie de quelques kystes du mésentère

Par le docteur G. Potel, assistant de clinique.

La confusion qui, pendant si longtemps, a régné dans la description des kystes du mésentère, tient à ce fait que l'on englobait sous une même rubrique des tumeurs très différentes d'origine et de nature.

La pathogénie des kystes m'extrêmement complexe et si laquelle aboutissent ces tumeurs, au moins leur point de départ différent.

Deux catégories de kystes d'abord être complètement mis est bien connue. Ce sont :

1° Les *kystes hydatiques* qui donnent des kystes développés dans

2° Les *kystes dermoïdes* des segmentaires situés chez l'empilée colonne vertébrale, c'est-à-dire dans les corps de WOLFF (AUGAGNEUR), de REMAK (LOHLEIN).

Mais, en dehors de ces tumeurs série de kystes dont nous vous cas personnel, discuter la pathogénie.

Voici d'abord notre observation

Madame S... 53 ans, se présente en mai 1901, demandant à être opérée de crises de coliques hépatiques sujettes depuis quelque temps.

Les antécédents héréditaires particuliers à rappeler. Les renseignements fournis par la malade à ce sujet sont les suivants :

Les antécédents personnels. La malade a eu à l'âge de quatre ans une tumeur du mésentère très bien avoir été gravement atteinte et avoir eu un abdomen volumineux.

La jeunesse se passa sans enfanter et eut trois enfants, accouchée à terme. La ménopause survenue à l'âge de 45 ans.

Il y a deux ans, apparurent des crises de coliques hépatiques.

A cette époque, la malade fut atteinte d'une douleur violente au niveau du mésentère. Cette douleur dura plus de deux semaines. Alternatives d'exagération et de diminution dans l'épaule, pas de vomissement notable de la miction ou de la défécation. Le médecin appelé porta le diagnostic de tumeur du mésentère. L'erreur était d'autant plus grande que la malade nous dit elle-même ne pas avoir eu d'examen complet. De plus la malade avait actuellement une teinte franche.

Le médecin administra un traitement qui ne produisit aucun effet.

Ces crises se renouvelèrent à cette époque. Aussi, la malade fut soumise à un régime sérieux qu'elle suivit.

Nous examinons la malade, et nous découvrons, dans l'abdomen, une tumeur volumineuse.



use, grosse  
r occupe le  
deux travers  
ide ; à droite.  
blanche ; en  
antéro-supé-  
le l'ombilic  
bles suivant  
es moments  
de sonorité,  
la matité.  
ns bosselure,  
la sensation  
a tumeur est  
u poulx, mais  
as de mouve-  
ou de thrill.

2.  
s sens, mais

stomac paratt  
nique permet  
ophiée et qu'il  
tre cet organe

de l'utérus et  
leur vis-à-vis

lu mésentère,  
que réservé,  
rés la mobilité  
kyste, et l'ab-  
ment, etc.  
ervention qui

té où elle fut  
par nous. —  
n de la ligne  
igt en dessous  
timètres sous  
verse qui est  
levé et récliné  
ompresse. Au  
ique, le kyste

décortiquer le  
rent, mais dès  
mpt. Le kyste  
coule environ  
contenant des  
cles de debris  
e décortication  
la à marsupia-  
troduit dans la  
tend très loin,  
e et à la veine  
ne qu'elle fût  
se. De plus, la  
elle-même est  
s plaques cal-  
endroits, elle  
trême ténuité.

Par contre, les feuillets mésentériques qui les recouvrent sont congestionnés, gorgés de vaisseaux très fragiles.

La poche est marsupialisée. Un gros drain est placé jusque dans le fond de la poche.

Large pansement ouaté aseptique.

Les suites furent très simples. Aucune température. L'état général et l'état local restèrent excellents. Dans les jours qui suivirent, on vit sortir par le drain des magmas puriformes, mélangés à une sorte de sable calcaire sans qu'il y eut d'ailleurs la moindre inflammation de la poche.

On pratiqua quelques injections d'éther iodoformé. La cavité se rétrécit peu à peu. Six semaines après, la cicatrisation était complète. La malade sortait guérie.

A quelle catégorie de kystes appartient la tumeur observée chez notre malade ?

Nous pouvons éliminer les kystes chyleux, multiloculaires, observés par LE DENTU, TILLAUX et WERTH. Ces kystes produits par une accumulation, une rétention du chyle dans les ganglions, ont une structure et un contenu totalement différents de ceux que nous avons constatés chez notre malade.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire les kystes décrits par certains auteurs sous le nom de kystes sanguins. Comme le constate VILLAR (1), cette classification est purement fantaisiste. Un kyste séreux quelconque peut devenir sanguin si l'un des vaisseaux de sa paroi se rompt. Et nous savons que la paroi des kystes mésentériques est extrêmement vasculaire.

Les kystes sanguins ne constituent pas une classe à part mais une modalité commune à toutes les tumeurs liquides de cette région.

Quelle est donc la pathogénie de notre tumeur ?

Si nous reprenons les détails de l'observation, nous voyons que la malade a présenté dans son enfance de la tuberculose des ganglions mésentériques.

Dans la poche, nous retrouvons, nageant dans le liquide, des détritux caséiformes, tels que l'on en observe dans les très anciens abcès froids ; de plus, sur la paroi, nous notons la présence de petites portions calcaires, de sable qui s'effrite sous les doigts. Et ces caractères nous amènent à l'hypothèse très probable d'une relation de cause à effet entre l'ancienne tuberculose ganglionnaire et le kyste actuel.

Mais s'agit-il purement d'une hypothèse ?

Nous n'ignorons pas que dans toutes les régions ganglionnaires au cou (2), à l'aîne (DUPLAY), etc., peu-

(1) Traité de Chirurgie. LE DENTU et DELBET. T. VIII.

(2) DUBAR a rencontré plusieurs cas de kystes ganglionnaires du cou du volume d'un œuf à celui du poing chez des vieillards de l'hospice général.

vent se développer des kystes séreux sur d'anciennes adénites tuberculeuses guéries. Pourquoi n'en serait-il pas de même du niveau du mésentère. L'idée a d'ailleurs été émise depuis longtemps par ROKITANSKY, POTAIN (1), etc. Elle a été brillamment défendue par AUGAGNEUR (2).

« De toutes les maladies parasitaires, dit AUGAGNEUR, introduites dans l'intimité du mésentère, la tuberculeuse ganglionnaire créant des tumeurs qui, toutes réactionnelles qu'elles sont, n'en sont pas moins quelquefois des tumeurs au point de vue chirurgical, est certainement la plus fréquente. C'est une forme aussi le plus souvent infantile, consécutive à la contamination de l'intestin dans le bas-âge, contamination qui s'est étendue aux ganglions et s'est éteinte sur son point d'entrée demeurant localisée dans les glandes, y évoluant lentement et les transformant en fin de compte en de vastes kystes à contenu caséux ou stéatomateux qu'on retrouve ensuite chez l'adulte, tout à fait en dehors du carreau et qui, dès lors, peuvent jouer leur rôle en tant que tumeurs. »

D'ailleurs il existe des faits cliniques qui montrent, prise sur le fait, la transformation de ces ganglions tuberculeux du mésentère en kystes. PAPAVERNE a observé plusieurs cas où des ganglions dilatés, volumineux, contenaient plusieurs loges, les unes kystiques, les autres contenant encore du caséum.

ROKITANSKY, à l'autopsie d'un tuberculeux, trouva entre les deux feuillets du mésocolon un sac fluctuant gros comme une tête d'enfant, contenant un liquide couleur café, comme celui que nous avons observé chez notre malade.

Il serait facile de multiplier les observations. Mais en somme il ne s'agit ici que d'une localisation spéciale d'un processus pathogénique beaucoup plus général, à savoir la transformation à très longue échéance de lésions tuberculeuses ganglionnaires en cavités kystiques — et l'existence de ce processus n'est plus à démontrer.

En résumé, nous croyons que chez notre malade la tumeur que nous avons observée est un kyste ganglionnaire, développé aux dépens d'une adénite tuberculeuse très ancienne. Ces faits sont rares. C'est pourquoi nous avons cru intéressant de mettre cette observation en relief.

(1) POTAIN. Des lésions des ganglions lymphatiques viscéraux. Thèse Paris, 1860.

(2) AUGAGNEUR. Tumeurs du mésentère Thèse Agrégation, Paris, 1886.

### Plaie pénétrante de l'abdomen balonnette Lebel. Lap. infection secondaire.

Par le docteur R. Le Fort, chef

Dans la nuit du 7 au 8 juillet 1890, à 11 heures du matin auprès d'un blessé, qui vient d'être admis d'urgence à la clinique chirurgicale à l'hôpital, à 10 heures et demie du soir, au col, un homme a reçu dans le ventre un coup de balonnette.

Le malade est dans une situation grave. Les traits tirés, il est dans un état de collapsus. Le pouls, difficile à compter, est à 160 ; la face est couverte de sueurs. Il prend constamment la position du fœtus.

Le ventre est légèrement ballonné sous-ombilical. La palpation est douloureuse. Il y a une contracture marquée des muscles abdominaux. La percussion est impossible à cause de la sensibilité.

Dans la région du flanc gauche de l'épine iliaque et de l'ombilic, on voit un orifice, grand comme une balonnette, par lequel a été livré passage à la balonnette. L'orifice du blessé et y a fait un trou irrégulier, le maillot est légèrement taché de sang.

Un pansement provisoire a été fait peu après l'accident. De la plaie s'écoule un liquide sanguinolent qui ressemble à l'épiploon.

L'intervention immédiate, proposée, n'a été difficilement acceptée; le blessé donne à boire, et pendant longtemps on a proposé que par ces mots «

Les premiers témoins de la blessure, l'individu a été trouvé sans connaissance, il portait des traces de sang sur un centimètre.

Le diagnostic de la pénétration de la balonnette dans l'intestin et hémorragie interne.

L'opération, enfin acceptée, est faite par mon excellent confrère, M. le Dr DANCOURT, internes des hôpitaux, au chloroforme, l'éclairage au gaz.

Sous chloroforme, on constate une plaie de 1 centimètre de la sonde, tout le reste de l'abdomen. La plaie est malguère l'anesthésie.

L'incision est menée sur la ligne médiane sous-ombilicale; elle a été faite à l'aide d'un bistouri. Le péritoine, à peine entr'ouvert, laisse échapper du sang et la plaie est prolongée, et les anses intestinales expulsées avec une grande facilité. De l'une de ces anses, il s'agit de l'ileum. Les autres anses sont placées dans une compresse de gaze. L'ileum, grosse comme un petit poing, est fermé par deux points (de soie fine) séro-séreux, la plaie est fermée.

Des gaz sortent encore sous la sonde de l'orifice qui vient d'être fait, et d'un autre, qui fournit également un peu de gaz intestinal. Et pourtant, cet orifice est plus petit qu'une piqûre de sang. Les bords ne se

impossible de les découvrir. L'anse oméga est alors sectionnée à ses deux extrémités, ouverte le long de son bord mésentérique, et lavée par un rapide courant d'eau. La muqueuse paraît lisse et normale. En prenant cette paroi intestinale entre les doigts, on trouve un épaississement léger, faisant saillie du côté péritoneal, et on retrouve à ce niveau l'anse de soie non résorbée. A trois centimètres de ce point, on retrouve l'autre fil de soie également enfoui en presque totalité dans l'épaisseur de la paroi.

Il n'y a plus de sang dans le péritoine. Du côté de la paroi abdominale postérieure droite, on trouve une infiltration sanguine abondante, *extra-péritoneale*, remontant jusque dans la région rénale, sans qu'il soit possible d'en reconnaître sûrement l'origine. Il y a eu, probablement contusion de la région pendant la rixe ou au moment de la chute.

Le reste de l'autopsie n'a rien révélé d'intéressant.

En somme, le blessé n'est pas mort de ses blessures, mais de l'infection secondaire produite au niveau des drains. C'est la plaie opératoire qui a été infectée en raison du manque de soins consécutifs à l'opération. Bien que le fait ait été nié, on affirmait que moyennant une somme minime (0 fr. 10), les étrangers étaient admis à contempler les tubes que ce malheureux portait dans le ventre pendant son séjour chez lui. L'infection post-opératoire n'aurait ainsi rien d'étonnant.

Quoi qu'il en soit, les plaies intestinales étaient cicatrisées au point que la présence seule des fils a permis de retrouver leur siège, et les quelques adhérences légères consécutives avaient empêché l'extension de la péritonite à cette partie de l'abdomen.

De l'épanchement sanguin non plus, il n'y avait plus trace. Il est possible que le sang soit venu de la paroi et que le débridement transversal de cette paroi ait suffi à l'hémostase.

Il est incontestable que ce blessé, laissé à l'hôpital, aurait guéri sans complications.

J'insisterai, en terminant, sur la gravité des plaies de l'intestin par balounette Lebel, puisqu'une perforation insignifiante est capable de laisser passer dans le ventre des gaz et probablement des matières, et sur la présence de l'invagination intestinale produite à distance de la blessure et que le dévidement total de l'intestin a seul permis de reconnaître. Le dévidement intestinal a donc endu ici un service incontestable, et le fait est à relever après la récente discussion de la Société de Chirurgie dont la conclusion tendrait à limiter les recherches à la région traumatisée.

#### **Accouchement laborieux d'un monstre hydrocéphale et ectromèle**

par le docteur Etienne Breton, de Saint-Amand,  
lauréat de la Faculté de Lille.

Le mardi 26 novembre dernier, je suis appelé vers neuf heures du soir par mon excellent confrère et ami le D<sup>r</sup> Du Bois, d'Hergnies. Je me trouve en présence

d'une femme de vingt-six ans, primipare à terme, de constitution robuste, à antécédents héréditaires et personnels normaux, en travail d'accouchement depuis le dimanche soir, une sage-femme mandée dès le début avait vainement attendu une délivrance naturelle, et le mardi, lasse de ne rien voir, avait appelé mon confrère Dubois, qui, trouvant une dilatation complète, avait tenté, sans résultats, plusieurs applications de forceps.

Je procède à l'examen de notre malade, constate une dilatation complète et, se présentant dans l'orifice utérin dilaté, une masse molle, sans caractères bien nets, ayant suffisamment l'apparence d'un siège, pour me décider à tenter l'extraction. La partie fœtale est très haut placée, et c'est avec de grands efforts que mon index parvient à la délimiter; elle semble fuir sous le doigt, la parturiente est épuisée, inerte; son pouls bat à 130; une intervention hâtive s'impose.

Après désinfection minutieuse, la malade étant chloroformée, j'introduis la main dans le vagin et, très facilement, dans l'utérus. Je glisse devant une masse molle qui me semble énorme et vais à la recherche d'un pied, mais c'est en vain que j'explore la cavité utérine dans tous les sens, je ne rencontre pas de pied. Après dix minutes de recherches infructueuses je retire la main et me demande avec anxiété ce que je vais faire. J'introduis la main à nouveau, explore attentivement ce pôle fœtal que je prends pour un siège, rencontre une ouverture que je crois l'anus, et le doigt introduit dans cet orifice, appuyant le reste de la main sur la partie fœtale, avec efforts progressifs je l'abaisse dans le vagin, suffisamment, pour qu'en en écartant largement la vulve je puisse me rendre compte « de visu » de ce que j'ai amené. A mon grand étonnement je vois des cheveux, il s'agit donc d'une tête, un forceps peut terminer rapidement l'accouchement. Le plus haut possible j'applique les branches du forceps et assez facilement alors, j'amène un fœtus monstrueux dont voici l'exacte description :

Hydrocéphalie volumineuse, les os crâniens sont tellement amincis qu'on ne peut les percevoir et par conséquent pas sentir de sutures, face aplatie et étroite. Thorax, abdomen et membres supérieurs absolument normaux correspondant bien à une grossesse à terme.

La cuisse gauche se présente sous forme d'un moignon ayant environ  $\frac{1}{3}$  de la longueur totale du fémur, à l'extrémité duquel se trouve un appendice simulant assez bien des organes génitaux mâles. A droite, moignon un peu plus long auquel se trouve fixé un pied bipalmé. La jambe fait absolument défaut et ce pied informe se balance à l'extrémité de la cuisse qui semble amputée dans son milieu. Il s'agit donc nettement d'un monstre ectromèle. A la place des organes génitaux deux bourgeons charnus microscopiques de forme indéfinie sans aucun caractère sexuel. Au niveau du sacrum, en arrière, apparence de spina bifida.

Rien sur le tégument. Poids 3 kil. 500 environ.

Nous pouvons maintenant nous rendre compte du

mécanisme de l'accouchement et difficulté. Le diagnostic de la difficulté, étant donnée la minceur qui ne permettait pas la délimitation de l'hydrocéphalie volumineuse.

L'engagement ne pouvait se faire utérines s'exerçant sur une masse ble qui se déplaçait. Notre confrère son forceps sur cette poche liquide voyait déraiper chaque fois. Je croyais décomplet et voilà que tentant de faire m'est impossible de rencontrer un ment de la partie fœtale ne s'est fait l'index introduit dans la bouche j'ai vulve avec efforts persistants, ce qui miner l'accouchement par une simple forceps.

La délivrance fut facile, pas d'hémorragie, le placenta était normal, suites de couche

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉP.

Séance du 28 Février

Présidence de M. DUTILLEUL,

### Ectromélie et amputation de

**M. Charmeil** présente un enfant congénital de l'avant-bras droit; l'olécranon porte une main bien conformée, mais développée. L'humérus n'a subi aucun développement. La mère attribue cette difformité à l'éprouvée étant enceinte de neuf jours ramené son mari atteint de fracture de

**M. Charmeil** présente un autre enfant main n'existe pas et l'avant-bras n'est qu'un moignon articulé à l'humérus qui, d'habitude, est normalement développé; il s'agit ici d'un monstre.

### Sarcome des parties molles de

**M. Le Fort** présente un garçon de 12 ans depuis deux ans d'une tumeur de la paupière de la cuisse, fut opéré en avril dernier cette tumeur dont l'examen histologique était un kyste à siège intramusculaire. Une récurrence; il existe en connexion avec les adducteurs et les vaisseaux fémoraux, d'où il est très probablement, étant donné des sarcomes kystiques.

A ce propos, **M. Le Fort** rappelle la

ar dans  
a mali-

enfant  
qui, le  
d d'une

ntério-  
était à  
aire on  
nts de  
; crépi-

re cou-

ifficiles  
AMBRET  
les, de  
xcasion  
traitée

t d'une  
emme,  
; abon-  
uelles,  
urtout  
ment,  
mois,  
elques  
lors, le  
temps  
ée.

bosse-  
mani-  
, à sa  
e dans

n gros  
t large  
enlevé,  
umeur  
ifeste-  
es voi-  
cultés.  
laisse  
il était  
zontal.  
itation  
oilette

soignée du péritoine pelvien. Drainage abdomino-vaginal. Guérison sans incident.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait d'une salpingite suppurée, coïncidant avec des fibromes utérins multiples (poids 1,500 gr.). L'autre trompe, bien que non suppurée de l'utérus était, elle aussi, enflammée, ainsi que le montre l'épaisseur de ses parois.

#### Note sur la diazoréaction d'Erllich

**MM. Deléarde et Hautefeuille** ont étudié l'action des divers antiseptiques intestinaux sur la diazoréaction d'ERLICH. Il ont observé que l'ingestion de la plupart de ces antiseptiques n'a aucune influence sur la diazoréaction; le phénol, le salol, le benzo-naphtol, le bétol, sont les seuls qui diminuent ou suppriment la diazoréaction.

Mais ces corps paraissent agir sur les substances productrices de la diazoréaction, grâce à leur fonction phénol.

On peut en conclure que la diazoréaction ne paraît pas être en rapport direct avec l'intensité des putréfactions intestinales. (*Sera publié*).

#### Toxicité des extraits aqueux et glycéro-aqueux de muqueuse intestinale

**MM Druchbert et Dehon** présentent les résultats de leurs recherches sur cette toxicité. (*Sera publié*).

**M. Curtis** fait remarquer que la glycérine elle-même est toxique; que, de plus, dans toutes les méthodes d'injection intervasculaire, les différences d'isotonicité entre les liquides injectés et le sang, ajoutent leur action à la toxicité.

**M. Surmont** insiste sur la part qui doit être attribuée à l'action coagulante dans les accidents toxiques immédiats, à la suite d'injections intraveineuses. Ce pouvoir coagulant doit être considéré comme une modalité de l'action toxique. En tous cas, pour les accidents immédiats, le manque d'isotonie ne peut être invoqué.

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

**Hygiène expérimentale: l'habitation; procédés de recherches et de contrôle**, par le docteur Henri BERTIN-SANS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, préface du professeur BROUARDEL, Paris, J.-B. Baillière, 1902.

Aucun traité d'hygiène ne s'est encore en France présenté comme le livre du docteur BERTIN-SANS. FLUGGE, EMMERICH, LEHMANN en Allemagne ont bien depuis vingt ans poursuivi un but semblable que notre compatriote, mais aucun de ces maîtres en hygiène ne s'est exactement donné le même but, celui d'être pratique et rien que pratique.

Les médecins qui dans les conseils d'hygiène sont tenus de donner à l'Administration un avis sur les projets d'aménagement d'eau, de déplacement de cimetières, d'épuration des eaux souillées, etc., savent tous quel est leur embar-

ras, à l'étude des voisinages dangereux pour une source d'ajouter l'analyse chimique, l'analyse microbienne de l'eau; l'étude géologique de la région doit aussi être considérée. Être chimiste, physicien, géologue tout à la fois, le médecin, qui suspecte les origines d'une épidémie, ne le peut; il ne peut davantage spécifier quels travaux conviendraient pour faire disparaître les conditions d'insalubrité d'une maison. Avec le livre de M. BERTIN-SANS comme intermédiaire, le médecin saura mieux ce qu'il peut demander à l'ingénieur sanitaire, à l'architecte, et ceux-ci comprendront mieux les motifs qui poussent le médecin à demander telle ou telle modification à leurs projets.

Abaisser les barrières qui séparent les médecins des ingénieurs dans le monde de l'hygiène, n'est pas un mince résultat. C'est sans nul doute le premier qu'obtiendra le travail du laborieux et sympathique agrégé montpelliérain.

Il fallait, pour y réussir, entraîner résolument l'hygiène dans la voie des sciences exactes. Ce qu'avaient fait timidement les professeurs allemands, notre collègue l'a nettement entrepris. Grâce à une éducation scientifique complète, élève d'autre part et digne fils d'un hygiéniste déjà orienté et ouvert à cette manière de comprendre l'hygiène, le docteur BERTIN-SANS était du reste en quelque sorte désigné pour tenter cette rénovation de l'hygiène. Il a donc pour les hygiénistes proprement dits, pour les architectes et les ingénieurs sanitaires, pour les médecins, pour les protecteurs officiels de la santé publique rassemblé des documents épars dans les divers organes de la vulgarisation scientifique, et après critique approfondie, rectifications nécessaires ou substitution de procédés plus exacts ou plus pratiques, il les a réunies en un traité homogène, solidaire et complet de technique hygiénique. Ces documents, on les a dorénavant sous la main. Le labeur qui doit ainsi créer ce cosmos de technique hygiénique est immense, on le conçoit.

Pour le moment, l'ouvrage du docteur BERTIN-SANS vise seulement l'habitation humaine. Il veut, comme tous les hygiénistes, la maison salubre dans la ville salubre. Aussi, le foyer domestique, l'école, la caserne, l'hôpital, la prison, le cimetière, sont-ils l'objet de son livre. Pour chacune de ces constructions servant d'abri aux collectivités, des recherches, des examens, des contrôles étaient nécessaires; et l'on voit sans qu'il soit nécessaire d'insister combien de problèmes se sont présentés, à la solution desquels un esprit clair et pondéré, en même temps que familier des mathématiques, pouvait seul répondre. Successivement, l'emplacement, les matériaux, l'atmosphère, l'éclairage, le chauffage, la ventilation, les déchets et immondices ont été ou seront envisagés avec un esprit pratique, guidé par les exigences sanitaires, qui ne laisse pas que de produire la meilleure impression.

Le premier fascicule, qui vient de paraître, traite de l'emplacement de l'habitation: toutes les questions que soulève le choix d'un emplacement y sont exposées et résolues avec une sûreté de documentation et un souci de sim-

plicité et de rigueur combinées qui feront aimer l'hygiène à ceux qui la disent encombrante et gênée. Mon ami BERTIN-SANS ne visait pas à ce résultat; il l'atteindra par contre-coup.

D<sup>r</sup> F. COMBEMALE.

## ALCOOLIA

### La capacité pour l'absinthe

Nous extrayons de la *Gazette des tribunaux* l'entrefilet suivant qui est intéressant à plus d'un titre.

La femme Flombard a dépassé la cinquantaine. Sa face ravagée est couverte de taches rougeâtres; vêtue de loques sordides, elle déclare, non sans une certaine affectation, exercer la profession de fille publique.

Son « ami », un nommé Mention, comparait en même temps qu'elle devant le tribunal correctionnel (9<sup>e</sup> chambre, présidée par M. Ducasse). Tous deux sont prévenus d'outrages aux agents.

Mention, bien que jeune encore, est complètement chauve; il a le teint blême et le regard vague. Pour tout vêtement, il porte une chemise de couleur plus qu'indécise et un pantalon trop large qui, mal fixé sur ses hanches, menace à chaque instant de quitter son propriétaire.

M. le président. — La femme Flombard faisait du scandale sur la voie publique; elle était en état d'ivresse et elle a insulté les agents qui cherchaient à la faire taire. A ce moment vous êtes intervenu, vous avez frappé violemment un des agents en l'injuriant grossièrement. Du reste, vous avez déjà été condamné pour vagabondage spécial. Vous êtes le souteneur de la femme Flombard.

Le prévenu proteste, tandis qu'un murmure d'étonnement narquois parcourt l'auditoire.

M. le président — Quelle profession exercez-vous ?

Le prévenu (d'une voix pâteuse). — Je vas vous dire, mon président, je bois de l'absinthe...

M. le président. — Je m'en doute, mais ce n'est pas ce que je vous demande.

Le prévenu. — Faites excuse, mon président, je ne suis pas un buveur ordinaire. Je suis le plus fort buveur connu. Je prends trente absinthes par jour, sans que ça paraisse.

M. le président. — Vous feriez mieux de n'en boire qu'une et de ne pas injurier ni frapper les agents.

Le prévenu. — Bien sûr que ce n'est pas la faute à l'absinthe. J'en avais encore pris qu'une quinzaine ce jour-là.

M. le président. — C'est tout ce que vous avez à dire pour votre défense ?

Le prévenu. — Bien sûr; mais moi, tel que je vous parle, j'ai été examiné par les médecins les plus célèbres. Je suis un phénomène d'absinthe.

Le tribunal, sans écouter davantage ces explications, condamne la femme Flombard et Mention, la première à quinze jours de prison, et le second à un mois de la même peine.

« Un mois sans verte, murmure celui-ci en se retirant, eh bien ! et ma réputation ?... »

## INFORMATIONS

## LILLE

se qu'une donation de  
culté de médecine de  
Le service de la clini-  
tiques recueille cette  
professeur H. LELOIR,  
me ami et le conseil

écialement faite pour  
ie et la radiographie  
a peau. Une plaque  
LOIR » devra rappeler

de ce qui touche la  
flérent, adresse des  
UDOV, l'interprète si  
le feu le professeur  
iaire de cette libéra-  
té faite à bon escient.

nous fait part de la  
as lui adressons nos  
ant.

## LOUVINCE

, professeur de cli-  
retraite à dater du  
onoraire.

professeur d'histoire  
de la présente année

, professeur de phy-  
directeur de l'Ecole

## tiques

un, de Marseille, est

nos lecteurs la mort  
rigueux (Dordogne)  
NOMBRES, du Viala  
ne et Oise); LEROU-  
d'Anthropologie de  
ADEN, de Brest (Finis-  
e a Paris

L'Émulsion  
ation créosotée Elle  
ation.

ÈME NERVEUX  
RUNIER

caux pur)

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

8<sup>e</sup> SEMAINE, DU 16 AU 22 FÉVRIER 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE		Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .		10	8
3 mois à un an . . . . .		10	10
1 an à 2 ans . . . . .		4	2
2 à 5 ans . . . . .		3	4
5 à 10 ans . . . . .		1	0
10 à 20 ans. . . . .		1	4
20 à 40 ans. . . . .		7	4
40 à 60 ans. . . . .		8	7
60 à 80 ans. . . . .		13	15
80 ans et au-dessus . . . . .		2	1
Total . . . . .		59	53

NAISSANCES par quartier		4	13	22	27	10	8	6	15	14	2	6	127
TOTAL des DÉCÈS		8	16	13	20	7	21	6	5	8	3		112
Autres causes de décès		3	2	7	5	2	9	1	2	1	0		32
Homicide		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		1
Suicide		0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		1
Accident		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Autres tuberculoses		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Méningite tuberculeuse		0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1
Phtisie pulmonaire		3	1	1	1	1	6	2	1	1	0		15
Durée d'incubation	plus de 5 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
	de 2 à 5 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
	moins de 2 ans	0	1	1	2	0	0	1	1	2	1		8
Maladies organiques du cœur		0	2	2	1	1	0	0	1	1	0		8
Bronchite et pneumonie		0	5	6	5	1	5	1	1	1	1		23
Apoplexie cérébrale		2	1	0	0	0	1	1	1	2	0		8
Autres		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		1
Couqueuche		0	0	1	5	1	0	1	0	0	1		9
Grippe et diphtérie		0	3	0	1	0	0	0	0	0	0		4
Fièvre typhoïde		0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		1
Scarlatine		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Rougeole		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Variole		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0

Répartition des décès par quartier	
Hôtel-de ville, 19,892 hab.	
Gare et St Sauveur, 27,670 hab.	
Moulins, 24,947 hab.	
Wazemmes, 36,782 hab.	
Vauban, 20,381 hab.	
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	
Esquermes 11,381 hab.	
Saint-Maurice, 11,212 hab.	
Fives, 24,191 hab.	
Canteleu, 2,836 hab.	
Sud, 5,908 hab.	
Total.	

# L'ECHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur agrégé ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** : Détermination du point cryoscopique du liquide hydatique ; Recherches osmotiques sur la membrane ; Dédutions pathogéniques, par MM. **H. Surmont**, professeur, et **Maurice Dehon**, licencié ès-sciences. — Note sur la diazoreaction d'Ehrlich, par MM. **Deléarde**, agrégé, et **Hautefeuille**, interne des hôpitaux. — Restauration ostéogénique d'une phalange, par M. le docteur **H. Folet**. — CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES : Occlusion intestinale, par le docteur **R. Le Fort**. — NOUVELLES ET INFORMATIONS.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Détermination du point cryoscopique du liquide hydatique Recherches osmotiques

#### sur la membrane. Dédutions pathogéniques

Par MM. **H. Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale à la Faculté  
et **Maurice Dehon**, Licencié ès-sciences

Au cours de recherches entreprises sur la biologie des hydatides, nous avons été amenés à déterminer le point de congélation du liquide des kystes. Ces recherches ont porté sur trois kystes provenant du foie du mouton et prélevés à l'abattoir de Lille, aussitôt après la mort de l'animal. Elles ont été effectuées avec l'appareil de Raoult, l'une par M. **PÉLABON**, maître de conférences à la Faculté des Sciences, les deux autres sous sa direction et dans son laboratoire, par M. **MAURICE DEHON**. Les chiffres trouvés ont été  $\Delta = -0^{\circ}65$ , une fois ; et  $\Delta = -0^{\circ}63$ , deux fois. Or, si l'on se rappelle que  $-0^{\circ}63$  est justement le point de congélation de la lymphe, on voit que le liquide des kystes hydatiques est sensiblement isotonique à la lymphe, constata-

tion qui a son importance, si l'on songe que c'est à ce dernier liquide que le parasite emprunte les éléments nécessaires à son développement et à sa vie.

On sait, d'autre part, que la paroi des kystes hydatiques est formée d'une membrane douée d'une perméabilité parfaite aux liquides et aux substances solubles, tant colloïdes que cristalloïdes, mais opposant, par contre, tant qu'elle est vivante, une barrière complète à la pénétration des particules solides, qu'il s'agisse de bactéries ou de cellules migratrices. Ces points, bien mis en relief par les recherches expérimentales de **CHAUFFARD** et **WIDAL**(1), sont aujourd'hui classiques. Nous avons pu les vérifier pour ce qui a trait à l'asepsie des kystes non enflammés et à la porosité de la membrane.

Le seul point complémentaire qui restait à élucider était celui de savoir si l'osmose se fait aussi facilement de la face externe de la membrane vers la face interne que de celle-ci vers celle-là. Pour cela, il suffisait de monter des osmomètres, en disposant successivement la membrane dans les deux sens opposés. Nous avons fait cette expérience avec le chlorure de sodium, le glycose et l'albumine du blanc d'œuf de poule en solution aqueuse. Il nous a paru qu'il n'y avait aucune différence appréciable dans les deux cas.

Des faits qui précèdent, découlent un certain nombre de conséquences qui nous paraissent devoir, d'ores et déjà, être mises en lumière, en attendant l'exposé complémentaire de nos recherches.

(1) **CHAUFFARD ET WIDAL**. — Recherches expérimentales sur les processus infectieux et dialytiques dans les kystes hydatiques du foie. *Bull. soc. méd. des hôp.*, 17 avril 1891.



ou n'y passent pas en quantité suffisante pour traduire leur présence par des phénomènes cliniques appréciables, est démontré par les accidents de l'intoxication hydatique et, en particulier, l'urticaire plus ou moins généralisée, qui suivent la rupture spontanée, traumatique ou chirurgicale du kyste hydatique. Les cas de cet ordre sont, à l'heure actuelle, tellement nombreux dans la littérature médicale qu'on nous permettra de n'en citer aucun.

Nos recherches cryoscopiques et osmotiques nous permettent, au point de vue pathogénique, d'en rapprocher les phénomènes insuffisamment expliqués jusqu'ici, d'intoxication hydatique survenant à la suite de l'évacuation incomplète du liquide kystique. Ces observations sont loin d'être rares. Le professeur DIEULAFOY s'est livré, à leur sujet, à une analyse critique des plus intéressante.

« ... Si je reprends, une à une, dit à ce propos M. DIEULAFOY (1), les observations suivies d'accidents, je vois que, jamais, ces accidents ne sont survenus quand on a eu soin de vider complètement le kyste; tandis qu'ils ont éclaté à la suite de ponctions qui n'avaient donné issue qu'à une petite quantité de liquide hydatique... ». D'où cette conclusion pratique (2): « qu'il faut éviter les petites ponctions, les ponctions incomplètes, et les ponctions exploratrices. On ne doit jamais, sous prétexte d'éclaircir le diagnostic des kystes hydatiques du foie, se livrer à ce mode d'investigation... ».

Et M. DIEULAFOY revient encore sur ce point dans les conclusions de sa leçon clinique.

Le professeur DIEULAFOY explique une partie des accidents consécutifs aux ponctions exploratrices incomplètes, par ce fait que le liquide hydatique sous pression dans le kyste, peut, après le retrait de l'aiguille, continuer à sourdre dans les tissus voisins et dans les cavités séreuses voisines, par le pertuis laissé par le passage de l'instrument, surtout si l'on n'a pas eu soin de se servir d'une aiguille assez fine.

Il est évidemment des cas où cette explication ne peut s'appliquer, en particulier ceux où on n'a retrouvé aucune trace de la piqûre à l'autopsie. Nous pensons que la raison d'être de l'intoxication hydatique doit alors être trouvée dans les mouvements d'osmose très intenses qui suivent forcément une évacuation incomplète et qui ont pour résultat, eux aussi, de faire passer rapidement dans la circulation les toxines laissées dans la poche hydatique. De sorte qu'au point de vue pathogénique, une ponction incomplète peut produire les mêmes effets qu'une rupture. Il est même certain que les phénomènes d'exagération des échanges osmotiques interviennent dans tous les cas, même dans ceux où il reste une fistulette consécutive à l'inter-

(1) DIEULAFOY. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1898-1899. Neuvième leçon. Discussion sur le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie.

(2) DIEULAFOY. — Id., p. 199.

vention thérapeutique ; et qu'alors, les deux mécanismes ont des actions renforçantes l'une de l'autre.

Dans les conditions normales, l'organisme a à sa disposition, pour se défendre contre l'intoxication hydatique, non seulement l'élimination des produits toxiques par les divers émonctoires, élimination rendue facile par l'intégrité de leur jeu, mais encore un autre procédé, sur lequel il ne semble pas qu'on ait suffisamment appelé l'attention jusqu'à présent : à savoir la formation d'antitoxines.

S'il est exact, comme tendent à le démontrer les recherches de VIRON (3), que les principes toxiques des liquides hydatiques sont des toxalbumines, ils appartiennent justement à la classe des corps dont l'introduction dans l'organisme animal appelle la formation d'antitoxines ; et, dans ces conditions, leur passage dans la circulation de l'hôte doit déterminer une immunisation plus ou moins marquée. L'un de nous (4) a déjà eu l'occasion d'émettre cette opinion que nous nous proposons de vérifier expérimentalement. En attendant la publication des résultats des recherches que nous avons entreprises sur ce point, recherches qui ont subi un temps d'arrêt par suite de certaines difficultés pratiques, nous croyons pouvoir émettre quelques-uns des arguments théoriques qui peuvent être invoqués à l'appui de cette hypothèse et qui ont l'avantage d'expliquer, d'une façon satisfaisante, un certain nombre des particularités cliniques de l'intoxication hydatique.

La principale objection qu'on puisse faire à priori à notre hypothèse est qu'elle a contre elle le fait des accidents graves d'intoxication qui suivent la rupture ou l'ouverture incomplète des kystes. Il nous suffira de répondre qu'il y a des degrés divers dans les immunisations et que les accidents qui suivent le passage, dans la circulation, de doses importantes de toxines, démontrent seulement que l'immunisation incomplète de l'hôte a été forcée.

A notre avis, l'immunisation de l'hôte est, nécessairement, faible pour deux raisons : la première parce que la quantité de toxine contenue dans les kystes hydatiques est minime, variable au reste d'un kyste à l'autre, c'est un point sur lequel sont d'accord tous les auteurs qui ont expérimenté sur la toxicité du liquide hydatique, la deuxième, c'est que les échanges entre les kystes hydatiques et les tissus de l'hôte sont très faibles, et, qu'en conséquence, l'immunisation consécutive ne peut être, elle aussi, que faible. C'est un point que nos recherches cryoscopiques rendent physiquement évident.

Il nous reste à démontrer la réalité d'une immunisation

faible de l'organisme de l'hôte. Nous des preuves dans l'histoire clinique coccose.

La sensibilité que garde l'organisme tiques, pour si grande qu'elle persiste aller en s'atténuant avec le temps, car à la lecture des observations où le fait est consigné, que les phénomènes d'urticaire spontanée, que nous le témoin le plus évident, soient plutôt que des symptômes tardifs dans l'évolution. Les renseignements que l'on trouve sur auteurs, ne sont pas aussi nombreux souhaité, particulièrement dans la littérature et il semble, à la lecture des traités de langue, que l'attention des auteurs d'été attirée sur ce point. Par contre en l'est devenu classique grâce aux efforts auteurs sont d'accord pour admettre souvent un phénomène de début de l'échinococcose. Pour ne citer que le c'est l'opinion de LÉTIENNE (6) qui place « les signes indicateurs » du kyste c'est aussi l'opinion de GILBERT et SURMONT les poussées récidivantes d'urticaire phénomènes possibles de la période sil hydatiques ; c'est celle encore de signale également l'urticaire, comme l de la période initiale.

Parmi les observations précises sur dans la science, nous signalerons, d' lière, la suivante qui est due à DIEULAUF « une urticaire persistante et à répétition » scène et devancé de trois ans : éruption de douleurs et tuméfaction de l'hypocoste.

Puis, cette autre de FINSSEN, qui est l'opinion (10), où l'éruption, apparue également maladie, semble spontanée, non consécutive.

La sage-femme X..., âgée de 31 ans, 1854.

Une année avant la consultation, elle droite du thorax, après une quinte de fièvre selon elle par un rhume, des douleurs le lendemain, d'une éruption papuleuse.

(3) QUINCKE. — Specielle pathologie und therapie XVIII Band.

ARNOLD HELLER — Handbuch der speciellen pathologie heraus gegeben von ZIEGLER, VIII Band.

EICHENHORST — Traité de Pathol. Int. et de thérapie.

(6) LÉTIENNE. — Manuel de Médecine DÉBOY.

(7) GILBERT et SURMONT. — Loco citato. P. 485.

(8) CHAUFFARD. — Traité de Médecine CHAUFFARD, 1902.

(9) DIEULAUF. — Les kystes hydatiques du fœtus. Gaz. hebdomadaire, 27 juillet 1877.

(10) FEXTACO. — Thèse de Paris, 1871, p. 9.

(3) VIRON. — Archives de médecine expérimentale, Janv. 1892, p. 136. Sur un albuminoïde toxique contenu dans certains liquides hydatiques.  
(4) GILBERT et SURMONT. — Traité de médecine et de thérapeutique de BROUHADEL-GILBERT, 1898 : art. kystes hydatiques du foie, p. 180.

mes de l'intoxication  
s révélateur d'entre  
t au début de l'évo-  
explique d'une façon  
ogressive de l'orga-  
toxines.

jamais extrêmement  
vec la faible toxicité  
ec sa faible diffusion;  
e facilement vaincue  
idérable de toxines;  
atures spontanées et

s grande de toxines  
l'une immunisation  
nomènes d'intoxica-  
e première interven-  
le ci se produit dans  
l'immunisation qui a  
e dure encore.

ix, mais restés assez  
on constate, à une  
ntoxication intense;  
nènes d'intoxication  
ue capitale qui a été  
la seconde ponction  
emier.

observations de cet  
et qui ont trait : soit  
ent dites, par l'abla-  
; soit simplement

nières. Les faits peu-  
e, être rangés en un  
première, se placent  
econde ponction n'a  
é de liquide notable-  
mière fois et où l'on  
hénomènes d'intoxi-  
ce qu'il y a eu, à la  
de toxines mise en  
ues. Ainsi pourrait  
BAULT (12) ayant trait  
ant de sept ans :

tembre avec le petit  
Il s'écoula dans le  
recueilli 625 gr.  
térants sens, l'avoir

ar, 1888. — De l'intoxi-

22 janv. 1876. Kyste  
ans.

retirée en partie et enfoncée plus profondément, voyant qu'il ne restait plus de liquide, je l'ai retirée définitivement, en laissant le doigt appliqué quelques instants sur le point où elle avait pénétré; puis j'ai fait appliquer sur le ventre une épaisse couche d'ouate et un bandage modérément serré.

A mon arrivée, le 26, l'enfant avait vomi deux fois, à la suite de la ponction et avait eu la fièvre. La physionomie était naturelle. Il y avait sur la face quelques plaques d'urticaire. Fièvre très modérée : 38°2. Pulsations : 100; et sur un grand nombre de points du corps et des membres, on constatait des plaques d'urticaire, lesquelles s'étaient montrées, la veille, au même moment que les vomissements, ou à peu près. Chez notre malade, l'urticaire dura 48 heures : elle avait disparu complètement le 28 septembre au matin; et jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre, il y eut de la fièvre et une réaction générale et locale.

Malgré ces symptômes, je me suis décidé à refaire une ponction quinze jours plus tard. Rien de particulier; mais il y eut une évacuation de 150 gr. de liquide purulent. Après l'opération, les choses se sont passées simplement; mais le kyste s'est de nouveau rempli et nous aurons à employer d'autres moyens pour obtenir la guérison...

Depuis, nous avons ouvert le kyste à l'aide de sept applications de caustiques faites en 20 jours. Il est sorti de la poche un liquide purulent et des vésicules hydatiques intactes, des débris nombreux. Aujourd'hui, la guérison de l'enfant peut être considérée comme certaine.

Si l'on peut à la rigueur admettre, ce que nous faisons volontiers, que, dans ce cas, les phénomènes osmotiques qui ont suivi la deuxième ponction ont été beaucoup moins importants que ceux qui ont suivi la première, il n'en résulte pas que cette explication de la non-répétition des accidents toxiques puisse s'appliquer à tous les cas; elle est en défaut en particulier dans ceux où la quantité de liquide enlevée à la seconde ponction a été égale ou supérieure à celle enlevée la première fois.

Il en est ainsi dans les observations suivantes empruntées au traité de l'aspiration du professeur DIEULAFOY :

OBSERVATION II du traité de l'aspiration (13). Homme de 30 ans, atteint de kyste hydatique du foie. Première ponction de 300 grammes de liquide; accidents fébriles, nausées, vomissements, urticaire. Deuxième ponction de 950 grammes. Pas d'accidents. 4 mois plus tard, le sujet est guéri...

OBSERVATION V (même mémoire).—Tumeur volumineuse de l'abdomen. Ponction à l'aide d'un trocart ordinaire. On retire 300 grammes de liquide clair. 10 minutes après : nausées, hoquet, urticaire qui se généralise rapidement à tout le côté droit, sans envahir le côté gauche. Ces accidents s'amendent dans la soirée. Déjà les plaques ortiées avaient disparu. Les jours suivants, une fièvre, du reste peu grave, se déclare.

Au bout de quelques jours, M. DIEULAFOY pratique l'aspiration et retire 950 grammes d'un liquide louche. Il n'y eut aucun accident et le malade quitta l'hôpital trois semaines après.

La diminution de la quantité de toxines contenues dans le kyste, au moment de la deuxième intervention, peut encore être attribuée à une seconde raison, beaucoup plus

(13) DIEULAFOY. — Traité de l'aspiration des liquides morbides. Paris, 1873, pages 62 et suivantes.

sérieuse, en apparence, que la première : à savoir la mort du parasite à la première intervention.

Il est à remarquer, en effet, que quelquefois le liquide kystique provenant d'une seconde évacuation est purulent ou même simplement louche : par exemple obs. d'ARCHAMBAULT (12); obs. de DIEULAFOY (n° V, du traité de l'aspiration) (13).

Or, pour certains auteurs, cet aspect spécial du liquide indiquerait que l'hydatide a cessé de vivre à la suite de la première intervention ; et la suppression de la sécrétion toxinique qui s'ensuivrait impliquerait nécessairement une diminution de la toxicité du liquide de la seconde évacuation, par rapport à celui de la première.

On peut répondre immédiatement à cette objection, assez forte en apparence, qu'il existe de nombreux cas où le liquide hydatique reste aussi transparent à la seconde intervention qu'à la première et, où, par conséquent, le parasite est resté vivant.

Il est encore plus difficile d'admettre une diminution de la toxicité du liquide hydatique dans les cas où le parasite affirme sa vitalité en nécessitant toute une série de ponctions successives, comme dans l'observation suivante :

**OBSERVATION VI du traité de l'aspiration (13).** Kyste du foie. Le 21 juillet, on retire, à l'aide d'une ponction aspiratrice, 480 grammes d'un liquide limpide. 1 heure après la ponction, douleurs dans le ventre et l'épaule, avec nausées. Le soir, vers cinq heures, les accidents douloureux s'amendent et quelques zones de démangeaison apparaissent, en différents points du corps. Le lendemain, nous assistons au développement d'une urticaire, avec fièvre, qui envahit successivement le ventre, la poitrine et les bras. L'urticaire persista trois jours... A partir du 7 août, M. DIEULAFOY fit de nouvelles ponctions, sans observer d'urticaire...

On rencontre même dans les auteurs la citation d'un cas de DIEULAFOY où il n'a pas été pratiqué moins de 300 ponctions (14).

Au reste les vésicules filles, plongées dans un liquide louche ou même purulent, gardent leur vitalité assez longtemps et, par suite, sont susceptibles de sécrétions. Nous ne voulons comme preuve de cette assertion que l'obs. d'ARCHAMBAULT (12), citée plus haut, où, après trois interventions successives, dont la dernière a été de trente-cinq jours postérieure à la première, et bien que le liquide évacué à la deuxième ponction fût purulent, on trouva des vésicules filles intactes.

Tous les chirurgiens et tous les anatomo pathologistes ont pu observer des faits analogues. A l'appui de la vitalité persistante des vésicules filles, nous citerons encore le fait suivant observé par nous personnellement : des vésicules filles provenant d'un foie kystique de mouton maintenu à la température du laboratoire, et conservées dans une poche incomplètement vidée, à contenu trouble

étaient encore vivantes, quatre partielle du liquide. Au reste, vésicules filles est nécessaire pour des carnivores par les organes co

Pour conclure, on voit que si précédents est susceptible d'ex particuliers, aucun ne peut pr totalité des observations ; qu'ils se dire les uns les autres ; et, en observés jusqu'à présent ne plai ante contre l'hypothèse de la po ation massive de l'organisme, à d'une quantité notable de toxines

Cette hypothèse, au reste, ne exclusive des autres et on conçoit que des mécanismes pathogéniques selon les cas, venir se prêter une pas la règle dans la plupart des phé

En résumé nos recherches étab

1° Que le point de congélation sensiblement égal à celui de la lyn

2° Que la membrane hydatique deux sens aux substances cristal

Ces constatations physiques expliquent des échanges moléculaires entre, aussi les phénomènes d'intoxication des échanges osmotiques intenses, par une ponction incomplète. C'est il faut attribuer une valeur variable certaine et insoupçonnée jusqu'ici

L'hypothèse de l'immunisation vis-à-vis des toxines parasitaires : pathologie générale : la formation dans l'organisme des animaux rec étrangères ; et sur une série de explique : à savoir la prédominance d'intoxication hydatique dans les évolutions post-née de l'échinoco faiblesse de réaction de l'organisme massive de poison. Elle n'a pas de tration expérimentale.

#### Note sur la diazoréaction

par MM. Deléarde  
et Hautefeuille, interne provi

Plusieurs auteurs, Michaelis en tête, l'existence de la diazoréaction d'É des malades atteints de fièvre typhoïd pulmonaire.

Nous avons eu l'occasion de rechercher un certain nombre de typhoïd

(14) Potherat. Thèse de Paris 1889.

t atteints. De plus, on existe pendant une la température nente, et disparaît à chute définitive la disparition nous ce. Nous avons yant pour but de oductives de cette

, l'acide phénique, s sont susceptibles

s à des tuberculeux 1 gr. de teinture bles, jamais nous uite de ces divers constaté que si on ades présentant la pendant les 24 h. it.

typhoïques.

en 3 cachets dans is 3 cas l'urine de . une diazoréaction toréaction positive riori que le salol : intestinal. Pour fait absorber à itestinaux variés l: 3 gr. de benzo- dans 2 cas, l'ont ol ont dans 2 cas upprimer complè- . 3 gr de saccha- ez 3 malades ont ifférents purgatifs, s Roger, absorbés né la réaction.

s produite par la ntestinale puisque s purgatifs salins de cette assertion rapport entre la e ou l'intensité de eint d'obstruction e grande quantité n'existait pas. Le ie intestinal. Mais 'intestin en acide

Etudions l'action de chacun de ces corps sur la diazo réaction.

Si on ajoute à une urine présentant la diazoréaction quelques centigrammes d'acide salicylique, cette réaction persiste. Si au contraire on y ajoute quelques gouttes d'acide phénique, la diazoréaction y devient négative.

Voyons, comment agit le phénol dans cette expérience. On peut supposer que son action porte sur le réactif d'ERLICH (acide sulfanilique + nitrite de sodium) ou bien qu'elle porte sur les substances indéterminées de l'urine qui produisent la diazoréaction.

Nous avons vérifié qu'en ajoutant du phénol au réactif d'ERLICH, ce réactif est encore capable de produire un diazoïque. Nous avons fait l'expérience avec la diméthylaniline, corps qui, en présence d'acide sulfanilique et de nitrite de sodium, donne un diazoïque d'une couleur rouge vif; l'addition du phénol ne gêne nullement la réaction. Donc le phénol agit bien sur les substances productrices de la diazoréaction.

Nous avons d'ailleurs constaté que 3 gr. d'acide salicylique ingérés par 3 de nos malades n'ont nullement modifié la diazoréaction et que 1 g. d'acide phénique l'a supprimée dans 2 cas et en a diminué l'intensité dans deux autres cas.

Cette action du phénol est intéressante; elle nous permet peut-être d'expliquer la diminution d'intensité et la disparition de la diazoréaction à la défervescence des maladies aiguës, ainsi que nous l'avons constaté chez nos typhoïdiques par l'augmentation graduelle des phénols dans l'urine.

De plus, BRIGEN a observé que dans plusieurs maladies aiguës, la diphtérie, la scarlatine, l'érysipèle, la sécrétion du phénol est très élevée. Or, précisément dans ces maladies, MICHAELIS a constaté que la diazoréaction, quand elle se montre, apparaît et disparaît aussitôt. On peut donc attribuer l'absence ou la disparition rapide de la diazoréaction dans ces maladies à l'élimination des phénols en grande quantité.

En résumé, nous croyons pouvoir conclure de nos expériences, que la diazoréaction ne semble pas être en rapport direct avec l'intensité des putréfactions intestinales, l'ingestion de la plupart des antiseptiques intestinaux ne supprimant pas cette réaction.

Le phénol, le salol, le benzo-naphtol, le bétol, dont l'ingestion affaiblit ou fait disparaître la diazoréaction, paraissent agir sur les substances de l'urine productrices de la diazoréaction, grâce à leur fonction phénol.

#### **Restauration ostéogénique d'une phalangette**

Par M. le docteur H. Folet

Vers le mois de mars 1901, on m'amena un jeune homme de 17 ans qui, atteint d'un panaris de l'index droit, avait

été soigné par des moyens trop exclusivement médicaux : bains et cataplasmes. Puis une petite ouverture s'était faite spontanément ou avait été pratiquée au bout du doigt (je ne me rappelle plus au juste) ; les phénomènes aigus de phlegmasie s'étaient calmés, mais la plaie suppurait depuis des semaines. Un examen au stylet me fit constater la dénudation de l'os et, au moyen d'une pince à mors fins, il me fut facile d'extraire la totalité de la phalange, que je vous présente. Elle est complète, sauf une mince lamelle de tissu compacte de la face externe de l'osset. A la suite de cette extraction, le segment digital désossé se laissait plier comme s'il eut été en caoutchouc.

Je savais, pour l'avoir vu vingt fois, ce qui allait advenir : la fistule se cicatriserait en quelques jours, mais le fourreau périostique vide se ratatinerait sur lui-même et l'os nouveau qui s'y formerait serait un noyau court et informe. L'ongle n'étant plus soutenu par le squelette phalangien, se recourbe, et lentement s'incline vers la face palmaire, tortu et irrégulier. Si bien qu'au bout d'un an le doigt est terminé par une sorte de moignon garni à son extrémité d'une griffe accrocheuse. C'est aussi disgracieux qu'incommode ; et bien des malades viennent nous demander d'amputer cette extrémité désagréable, préférant un doigt raccourci, mais muni d'un bout régulièrement arrondi et exerçant facilement ses fonctions tactiles et préhensives, à une phalange inégale et crochue.

Cependant je me dis que, si, dans l'espèce, on parvenait à maintenir bien étendu cet étui périostique où l'ostéogénèse devait déjà avoir une amorce de forme allongée (lamelle de face externe restée adhérente à la surface endopériostale), on obtiendrait sans doute la restauration d'un osset cylindroïde qui jouerait le rôle de la phalange éliminée. Et, vu l'intensité de la vie osseuse chez les jeunes sujets, tout cela devait se faire en peu de mois.

Je fabriqua donc une petite demi-gouttière en tarlatane plâtrée, s'appliquant exactement sur la face palmaire de l'index demi-fléchi. La demi-flexion est moins gênante pour l'immobilisation d'un doigt unique. Le jeune homme devait d'ailleurs rentrer au collège et il pouvait, de la sorte, écrire, à la rigueur, en tenant la plume entre le pouce et le médus. Le doigt, embôtté dans sa demi-gouttière, y était maintenu et fixé par une bande en tarlatane. On devait garder deux mois cet appareil, *jour et nuit* ; seulement tous les soirs libérer le doigt un quart d'heure et lui faire faire une vingtaine de fois de suite des mouvements de flexion et d'extension, pour maintenir la souplesse des jointures et le libre glissement des tendons dans les gânes. Au bout de deux mois, on cesserait de porter l'appareil le jour, pour ne le plus porter *que la nuit*. Si même la gouttière plâtrée était, au bout de deux mois de service, fort démolie, on pourrait la remplacer par une petite planchette

quel  
méd  
Je  
bout  
getti  
étalé

L'  
l'hab  
épre  
en C  
resta  
Entr  
nécr  
plus  
mén  
quen  
était  
sa s  
doigt  
On  
jeun  
cess  
doigt  
com  
com  
vue d

Cor

In  
ordin  
sans  
Très  
le fac

abaissement de irable, la respira- pas de douter de èdent des vomis- eux et muqueux, solue au bout de t par l'anús. Le ne rapidement.

, présente depuis des périodes de même un peu de ues et même du période nouvelle vivant son habi- souffert davan- ent sensible, les ssinent sous la matières et les nents se répètent sparú, la langue e basse, la peau it chronique.

chroniques, que nstalle brusque- bles digestifs ou lé la scène ; ici, près une laparo- a vieux constipé e chronique ; là, e qui subit une cclusion, témoi-

iques. — Dans cle. Comment ? ostacle, de l'âge ant.

tera les orifices . le canal ingui- obturateur, les on explorera le hernie, pas de iné les coliques ments ; il s'agit nous y revien- la nature et le n le saura par- ique, rarement sson.

itra surtout le quelquelques des

obstructions par masses fécales ou des sténoses consécutives à des inflammations anciennes et connues du péritoine ou des organes pelviens. Dans l'occlusion aiguë on reconnaîtra parfois l'invagination, rarement le volvulus, très rarement les occlusions par brides, torsions, etc. En somme, tantôt on aura un diagnostic ferme, plus souvent on restera dans le doute.

On sera mieux fixé en général sur le siège élevé ou inférieur, grêle ou colique de l'obstacle, parfois encore on restera dans le doute.

**Traitement.** — La conduite à tenir est différente suivant que l'on a pu apprécier le siège et la nature de l'obstacle ou que l'on n'a pu les préciser.

**A. OBSTACLE CONNU, DIAGNOSTIC PRÉCIS.** — 1) **C'est un cancer de l'intestin.** Qu'il soit inopérable ou non, ne l'enlevez pas. Pour le moment, vous traitez une occlusion et non un cancer. Courez au plus pressé, évitez la stercorémie. **L'extirpation d'un cancer du gros intestin au cours d'une occlusion est une faute ;** la vacuité de l'intestin est indispensable pour donner au malade des chances sérieuses de survie par l'entérectomie.

a) **Le cancer siège sur l'intestin grêle : l'anús contre nature est presque un arrêt de mort,** c'est quelquefois pourtant la seule ressource sur des malades trop faibles pour supporter une autre intervention. L'entéro-anastomose est l'opération de choix, grave il est vrai. L'extirpation sera très rarement indiquée.

b) **Le cancer siège sur le gros intestin** ici l'anús contre nature reprend toute sa valeur. a) La tumeur est-elle extirpable, c'est l'anús temporaire, l'abouchement simple à la peau qu'il faut faire ; plus tard on pourra rétablir le cours des matières et enlever le néoplasme. b) La tumeur n'est pas enlevable. C'est alors l'anús définitif que l'on pourra établir. Si le malade est plus résistant, si la tumeur laisse perméable en-dessous d'elle un segment intestinal suffisant, l'exclusion unilatérale de l'intestin avec abouchement de l'iléon, dans l'S iliaque est le meilleur procédé.

2) **La tumeur est extérieure à l'intestin.** Si la tumeur qui gêne la circulation des matières est extérieure à l'intestin, ne fait que le comprimer, est extrinsèque en un mot, son ablation est indiquée, cela va de soi ; l'entérostomie n'est légitime que dans les cas graves et pressants.

3) **Il s'agit d'une invagination intestinale.** C'est chez un enfant et vous avez perçu nettement le cylindre intestinal épais et dur. Presque toujours il vous reste des doutes ; il y a les plus grandes chances pour que ce soit un invagination, c'est peut-être autre chose. Si vous le pouvez, faites la laparotomie et, malgré CHAPUT, réservez l'anús contre nature aux cas très graves, en mauvais milieu chirurgical.

4) **Il s'agit d'une occlusion postopératoire.** C'est une

opérée qui ne vas-pas à la selle depuis 3 ou 4 jours, depuis son opération. Vous n'avez pas enlevé de grosse tumeur, vous n'avez pas à craindre la chute du côlon transverse et la plicature de l'angle du côlon, c'est une fausse occlusion. Un **purgatif**, un peu de **strychnine** et tout rentre dans l'ordre; ou bien l'incertitude du diagnostic recommence.

B) **OBSTACLE INCONNU OU DOUTEUX, OCCLUSION AIGUE.** — Ce sont surtout ici les invaginations, les torsions, les hernies internes, rarement les tumeurs, les compressions, les rétrécissements, etc. **La première règle est d'agir tôt**, car, avant la perforation intestinale, la péritonite et les complications ordinaires de l'occlusion, la stercorémie est là, plus grave, qui s'installe dès le début, progresse et menace.

Deux moyens d'action sont en présence : la laparotomie, l'entérostomie. **Préférez la laparotomie.**

1° L'obstacle siège plus souvent ici sur l'intestin grêle, et l'aigu sur le grêle est excessivement grave ; 2° l'obstacle peut souvent être reconnu au cours de l'opération et souvent aussi levé : 3° elle suffit parfois, dans l'ileus paralytique. Pour ces raisons vous aurez recours à la **laparotomie**.

Mais, il y a des contre-indications : l'âge avancé, l'état trop grave du patient, la mauvaise qualité chirurgicale du milieu ambiant et encore, si vous savez vous y prendre votre inexpérience de la chirurgie abdominale — ceci irrémédiable pour une opération d'urgence. — Ne vous lancez pas tête baissée dans une laparotomie, si ce n'est pas votre métier; c'est quelquefois très difficile de reconnaître d'abord, de lever l'obstacle ensuite et de faire cela vite, bien, proprement.

Qu'elle vienne de vous ou d'autres, s'il y a contre-indication à la laparotomie, faites l'**entérostomie**, et pour cela, une petite incision iliaque ; prenez la première anse dilatée, sortez-la, ouvrez-la s'il y a urgence, fixez à la paroi par quelques points, c'est fini, simple et facile ; et la cocaïne suffit.

Plus simple et plus facile encore, le **traitement médical vaut le taxis dans la hernie étranglée**. C'est une perte de temps, il doit être rangé au nombre des complications de l'occlusion aiguë.

C. **OBSTACLE INCONNU OU DOUTEUX ; OCCLUSION CHRONIQUE.** — L'occlusion est chronique; nous voici moins pressés. Toutes proportions gardées, on prend l'habitude de la stercorémie comme de la morphine ou du tabac. Aussi, le traitement médical est-il défendable au début et jusqu'à un certain point.

**TRAITEMENT MÉDICAL.** — Il y faut de la mesure et il convient de choisir parmi les procédés.

Les **purgatifs** sont souvent plus dangereux qu'utiles; s'ils guérissent quelques obstructions intestinales, ils compliquent plus souvent la situation qu'ils ne l'améliorent.

Les **insufflations dans le rectum, le massage**, rarement efficaces, présentent de réels dangers.

L'**inversion**, anodine, ne donne guère que des insuccès.

Les **ponctions capillaires** sont abominables, dangereuses et inutiles.

Le **lavage de l'estomac** donne parfois des résultats ; on peut l'essayer si la famille ou le malade le réclament.

L'**entéroclyse**, vulgè lavement, est un bon procédé. L'injection doit être faite à l'aide d'une grosse sonde de caoutchouc remontant aussi loin que possible dans le rectum, elle doit être poussée lentement, progressivement, être abondante, c'est-à-dire qu'il faut injecter plusieurs litres de liquide. L'eau est bonne, l'huile meilleure.

Le **lavement électrique**, aussi, a donné de nombreux succès. Son emploi est plus délicat. Il nécessite une bonne machine électrique à courants continus, susceptible de fournir un courant d'une intensité de 40 à 50 milliampères.

Une électrode, la positive, plaque large et mouillée, est appliquée sur le ventre du patient, l'autre, sonde en gomme à mandrin métallique, placée dans le rectum, remplie d'une solution d'eau salée tiède. Le courant, amené progressivement vers 30 milliampères, sera renversé de cinq en cinq minutes quatre fois environ. Il faut **avoir soin de ramener l'intensité à zéro pour renverser le sens du courant**.

Ces trois moyens sont bons ; ils réussissent merveilleusement dans l'obstruction intestinale, simple, quelquefois dans la parésie intestinale, rarement ailleurs.

Ils ont l'avantage de ne faire perdre que peu de temps ; s'ils échouent, **il faut être prêt à employer de suite des moyens plus directs**.

**TRAITEMENT CHIRURGICAL.** — En général, le traitement médical n'a été que trop essayé quand on est appelé.

Le traitement chirurgical est alors la ressource nécessaire.

On a affaire surtout à des tumeurs, à des compressions larges, à des rétrécissements, des invaginations chroniques, etc., et, le plus souvent, à des obstacles siégeant sur le gros intestin.

Les deux méthodes déjà indiquées restent en présence : l'entérostomie, la laparotomie.

Par la laparotomie, vous ne trouverez pas toujours l'obstacle, vous ne pourrez pas toujours le lever ; le malade est du reste souvent âgé, profondément infecté. L'entérostomie, moins grave, pourra ordinairement être faite sur le gros intestin, et vous la préférerez presque toujours, tout au moins en dehors des hôpitaux. Elle sera faite dans la région iliaque droite, sur la première anse qui se présente, le cœcum si possible.

**La laparotomie dans l'occlusion.** — La laparotomie sera médiane. **Le ventre ouvert, cherchez le cœcum**. Il est dilaté, l'obstacle siège sur le gros intestin ; il est vide, l'obstacle siège sur le grêle. A partir du cœcum déroulez l'in-



naîssez celui-ci et

n'est pas toujours  
obstacle ; en ce cas,  
r l'anse dilatée la

est une *invagina-*  
ble parfois très  
ébut.  
ement.

détordez, et si la  
me Roux, l'anse

PÉRIER, des cou-  
nouveau.

de la sectionner.  
de ou comprime

onduit digestif et  
cheminer dans  
e prête au mou-

ventre, enlevez-la  
resse et les juges

rois traitements  
is : la résection,  
l'état de l'intestin

malades résistants

sociée à l'occlu-  
choix en cas de  
ges, de rétrécis-

on de nécessité ;  
moins immédia-  
tablissement des  
spéré, *définitif* si  
à tout jamais.  
uche à la paroi  
il faut aboucher  
lée ou en deux  
insi dès le début  
ent large et facile  
out inférieur de

ront exiger un  
ques invagina-  
dans le cylindre  
res uniront les

bords séreux du collet (cylindre invaginant) à ceux du cylindre invaginé pour éviter la perforation. C'est le **tout à l'égoût**. Plus souvent la résection du boudin invaginé à travers une incision du cylindre invaginant sera nécessaire.

Les corps étrangers pourront être extraits par une **incision** sur le bord convexe de l'intestin, suivie de sutures. Cette conduite est infiniment préférable au morcellement, au broiement, à l'acupuncture de ces corps étrangers.

d) Il n'y a pas d'obstacle réel. — Il s'agit alors de fausses occlusions, dues à de la paralysie intestinale, ou plus rarement de la contracture intestinale.

1° *Paralysie intestinale*. — a) Assez souvent, on a cru faire une laparotomie pour occlusion, on tombe sur une *péritonite*. Nettoyer le péritoine avec des compresses sèches, chercher rapidement la cause, un appendice à réséquer, une perforation à fermer par quelques points séro-musculaires, puis séro-séreux, un pyosalpynx à enlever, une hématocele à traiter (ce qui ne serait pas arrivé si l'on avait fait le toucher vaginal), telle est la conduite à tenir, mais c'est là le traitement de la péritonite et non plus de l'occlusion.

b) Dans d'autres cas, il n'y a que quelques granulations tuberculeuses, ou même aucune trace d'obstacle ; c'est alors l'*ilœus paralytique*. En pareil cas, la laparotomie paraît avoir par elle-même une action efficace. Vous serez encore plus certain de son action curative, si vous pratiquez une toute petite entérostomie sur une des anses dilatées.

2° Enfin, on a vu parfois le *rétrécissement intestinal lié à des contractures segmentaires de l'intestin*. La laparotomie paraît avoir la même efficacité que dans l'ilœus paralytique ; en cas de persistance des troubles, les **anti-spasmodiques** et les **antidépresseurs** pourraient être indiqués.

**L'opération terminée**, les anses moutonnent parfois et refusent de rentrer dans le ventre. Entourez-les d'une compresse, engagez les bords de la compresse dans le ventre et fermez celui-ci en retirant peu à peu la compresse ; ou encore, faites soulever fortement les bords de la paroi par votre aide avec les doigts ou deux anses de fil, de façon à augmenter la capacité abdominale, et, pendant ce temps, cherchez à réduire.

Si ces moyens ne suffisent pas, **incisez franchement une anse distendue** en protégeant bien tout l'intestin par des compresses, et videz ces anses ballonnées jusqu'à ce que la réduction soit aisée ; terminez alors soigneusement l'anse et réduisez.

**Traitement de l'anus contre nature**. — Ainsi, de ces malades, les uns sont guéris définitivement, les autres sont porteurs d'une infirmité répugnante, l'anus contre nature. Cet anus lui-même, établi pour sauver la vie, n'est pas fatalement définitif.

S'il s'agit d'une tumeur maligne inopérable, reconnue au cours de l'intervention ou ultérieurement, il faut laisser cet utile anus définitif.

En cas contraire, deux éventualités se présentent : a) le cours des matières se rétablit ; b) le cours des matières ne se rétablit pas.

a) **Le cours des matières se rétablit.** — Parfois alors, les petites bouches d'entérostomie se ferment d'elles-mêmes ; si elles ne se ferment pas ou s'il s'agit d'un anus vrai, l'occlusion chirurgicale par les divers procédés d'entérorrhaphie est absolument indiquée.

b) **Le cours des matières ne se rétablit pas.** — L'anus a été établi d'urgence, et aujourd'hui, la santé du malade est bonne, l'état général s'est relevé, faites la laparotomie et cherchez l'obstacle.

Cet obstacle peut être levé, levez-le ; il n'est pas levable, supprimez-le si possible, par la résection par exemple, ou, plus souvent, faites l'entéro-anastomose qui rétablira le cours des matières et, du même coup ou secondairement, fermez l'anus contre nature.

**Résultats.** — Il n'est pas possible de fournir en chiffres précis le pourcentage de guérisons des diverses opérations pratiquées contre l'occlusion, ni de fixer mathématiquement le coefficient de curabilité des différentes formes de l'affection.

Quelle que soit la cause, l'occlusion est extrêmement grave par elle-même, par la stercorémie d'abord, par ses multiples complications ensuite, et si un traitement bien compris donne au malade des chances de guérison, ces chances sont d'autant plus grandes que le traitement aura été entrepris plus tôt. Donc, **ne perdez pas de temps.** Ici comme dans la hernie étranglée l'opération précoce est souvent le salut ; qu'est-ce du reste que la hernie étranglée, sinon une occlusion interne ?

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

Notre collègue, le docteur LAMBLING, professeur de chimie organique à la Faculté, a soutenu récemment, à la Sorbonne, sa thèse de doctorat ès sciences sur l'action de l'isocyanate de phényle sur quelques oxyacides et leurs éthers.

Nous sommes heureux de lui adresser nos bien vives et bien sincères félicitations.

— Parmi les distinctions honorifiques dont nous donnons plus loin le détail il nous faut relever les suivantes, qui intéressent notre région du Nord.

Ont été faits *officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs CANU, d'Ardres (Pas-de-Calais) ; POLLET, de Douai (Nord) ; RICHE, de Jeumont (Nord) ; WEMAERE, de Wormhoudt (Nord).

Ont été faits *officiers d'Académie* : M. de Douai (Nord) ; BERQUET, de (Bronquart, de Lumbres (Pas-de-Roubaix (Nord) ; CASTRI, d'Ault (Sc d'Hazebrouck (Nord) ; GANNELON, MACREZ, de Liomer (Pas-de-Calais) (Pas-de-Calais) ; THIÉRY, d'Orchies Vieux Condé (Nord).

### Notre Carn

Notre collègue, le docteur G. I clinique médicale à la Faculté, no sance d'une fille ANDRÉE. Nous l compliments nos meilleurs vœux p

M. le docteur DECOOPMAN, de C fait part de la naissance de son fil souhaits.

### UNIVERSITÉS DE F

Clermont. — M. le docteur GROS, siques et chimiques, est prorogé l'Ecole préparatoire de médecine et

Besançon. — M. le docteur PR tologie, est nommé directeur de l médecine et de pharmacie.

Amiens. — M. le docteur MOYNN d'un cours de physiologie, est nomi naturelle à l'Ecole préparatoire d macie.

Nantes. — Un Concours s'ouvrir devant la Faculté de médecine de suppléant des chaires de pathologi gicale à l'Ecole de plein exercic pharmacie.

### Distinctions Hon

Sont nommés *Officiers de l'Ins* ARTAULT, BERRILLON, BRUYÈRE, C TREST, DEBRAND, FOUQUE, GOI LACAILLE, LENOIR, LEREBOUILLET, SON, MAREVERY, MERCIER, MEU. major aux Sapeurs-Pompiers ; RO ROUX, VOILLIER, à Paris ; AUGÉ d'Anet ; BATTESTE, de Bastia ; BEF JASSONEIX, de Maymac ; BLE, c BOISSON et REDDON, à Sceaux ; BORDONE, de Frontignan ; BREUCQ, à Cazal ; CANU, à Ardres ; DEJ Bigorre ; DEPAUTAIN, à Gondreco naves ; DESHAYES, à Rouen ; G. Pérouse ; GODET, aux Sables-d'O teauroux ; HOËL, de Reims ; IMBE à Lalinde ; LAFFORGUE, à La Tres Plombières ; LERAT, à Nantes ; LIO

esne ; MARTIN, à  
à Noyers-Saint-  
au ; POLLET, à  
E, à Jeumont ;  
UY, à Miliandah ;  
SSIER, à Remire-  
; WEMAERE, à

M. D'ANGELVIN,  
, CREPEL, DELA-  
MPS, ERMENGE,  
LÉRAY, LESECQ,  
, RICHARD D'AUL-  
, VILLI PRAUDT,  
r ; AMBLARD, de  
lrun ; ARMAING,  
ERT, à Constan-  
RRAL, à Nîmes ;  
RNARD, à Flavy-  
LT, à Sancerre ;  
niène ; BIÉTRIX,  
à Saint Denis ;  
s ; BONNEVILLE, à  
Lacanourgue ;  
ault : BRIAND, à  
RUILLE, à Rou-  
CADÈNE, à Tou-  
CORBOU, à Car-  
Béziers ; CASTE-  
ndé ; CASTRI, à  
Lombes ; CHAIL-  
te, à Saint-Fort ;  
ESORDE, à Bor-  
Champagnolles ;  
HIBRET, à Auril-  
, à Beauvais ;  
aint-Meloire-des-  
; DANIEL, à la  
ide ; DASPRES, à  
ELAERE, à Haze-  
DESCOULEURS, à  
Saint-Lerebès ;  
EVRANT, à Ver-  
Faux ; FAURE, à  
, à Grenoble ;  
s ; FOURNIOLS, à  
oux ; GAGNIÈRE,  
ASILIA, à Aspre-  
ontreuil-Bellay ;  
u ; GOUFFIER, à  
x ; GUERS, à  
GUILLEMARD, à

Thiéblemont ; HERLAND, à Rospodern ; HERR, à Grigny ;  
HOUDRY, à Taverny ; JACOB, à Saint-Affrique ; JACQUIN, à  
Jouaville ; JAN-KERONISTEL, à Merquer ; JANIN, à Vertus ;  
JAUDOU, à Juvigny ; JOANNY, à Saint-Martin-Valmeroux ;  
KLEIN, à Nantes ; LACHATRE, à Chantelle ; LAFON, à Bour-  
deille ; LALANNE, à Maréville ; LAMOLE, à Arbas ; LAMOU-  
ROUX, à Montpellier ; LARCHER, à Lagranville ; LASNE, à  
Aix-en-Othe ; LASSERRE, LAURENT, à Bordeaux ; LEBROU, à  
Mayet-en-Montagne ; LE NOC, au Faouet ; LETURC, à Saint-  
Lô ; LEVEL, à Commercy ; MACHEFER, de Vincennes ;  
MACREZ, de Liomer ; MAHEE, de Vertou ; MAILHETARD, de  
Tonnay-Charente ; MARTIN DU MAGNY, de Bordeaux ;  
MARY, de Nanterre ; MAUNY, de Saintes ; MEUNIER, de  
Sully-sur-Loire ; MEYNARD, de Marines ; MÉZANGE, de  
Lassay ; MICHAUD, de l'Isle-sur-le-Doubs ; MILLIOT, de Cha-  
vanges ; MONOD, de Bordeaux ; MONOD, de Pau ; OLLIVIER,  
de Dinan ; PASQUEBEAU, de la Boissière du Doré ; PASSANO,  
de Cognocoli-Monticchi ; PELON, de Montpellier ; PELVET,  
de Vire ; PETIT, d'Angers ; PILLOT, d'Auxerre ; PIOTAY, de  
Niort ; PONTRIL, d'Isle-Jourdain ; PORCHAIRE, de Neuviq ;  
PORTALIER, de Florac ; POUCHET, de Grignols ; PRÉVOST,  
de Thiviers ; RABOURDIN, de Voves ; RAVAILLER, de Saint-  
Amand ; REILHAC, de Betz ; REMIGNARD, de Plémet ;  
RICHEROLLES, de Montluçon ; ROBIN, de Grand-Serre ;  
RUMAU, de Panniers ; SANREY, de Batna ; SAVIN, d'Apre-  
mont ; SEGOND, de Valbonne ; SPIRAL, de Montmédy ;  
STOURME, de Lyon ; THIÈRE, de Vichy ; THIERY, d'Orchies ;  
THOVISTE, d'Amplepuis ; TREMOUX, de Nort ; VADON,  
d'Aix ; VALAT, de Cahors ; VEILLARD, de Meung ; VER-  
GNIAUD, de Brest.

### Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort  
de MM. les docteurs DRAPPIER, de Bar-le-Duc (Meuse) ; de  
MONTGOLFIER, d'Annonay (Ardèche).

BOUTIN, d'Aire-sur-la-Lys (Pas-de-Calais).

VICTOR DUPLESSIER, externe des hôpitaux de Paris.

### OUVRAGES DÉPOSÉS AUX BUREAUX DU JOURNAL

— **Tuberculose et sérums anti-toxiques**, par le docteur  
BARADAT, de Cannes. Extrait du volume du *Congrès britannique*  
*de la Tuberculose*.

— **Sur le traitement hydro-minéral des hypersthénies**  
**gastriques** (hyperchlorhydrie), par le docteur DELÉAGE (de  
Vichy). Extrait de la *Gazette des Eaux*.

— **Matière médicale zoologique, histoire des drogues**  
**d'origine animale**, par le professeur BEAUREGARD, révisé par  
COUTTIERE, avec préface de D'ARSONVAL. Paris, C. Naud, 1901.

— **Le blanc de plomb et le blanc de zinc**, par le docteur  
BERTIN-SANS. Extrait du *Montpellier Médical*, 1901.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — L'Emulsion**  
**Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle  
diminue la toux, la fièvre et l'expectoration.

**RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX**  
**NEUROSINE PRUNIER**  
(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

# L'ECHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. CONBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur agrégé ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale. **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** : A propos de l'examen bactériologique de quelques sécrétions oculaires, par le docteur **E. Painblan**, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté. — **NOUVELLES ET INFORMATIONS**.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### A propos de l'examen bactériologique de quelques sécrétions oculaires

par le Dr **E. Painblan**, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté.

Les affections inflammatoires des membranes extérieures de l'œil et en particulier de la conjonctive, ont été, depuis ces dernières années, l'objet de nombreuses études bactériologiques. On pensait il y a dix ans que tout microbe pyogène pouvait engendrer une inflammation conjonctivale ou cornéenne ; et on en accusait notamment le streptocoque et le staphylocoque.

Les recherches faites en France et à l'étranger sur les sécrétions oculaires, ont montré que les muqueuses et en particulier la muqueuse conjonctivale ne sont pas indifféremment atteintes par tous les microbes pyogènes.

**M. MORAX**, en 1894 — dans sa thèse intitulée : « Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës et sur l'asepsie en chirurgie oculaire, » montra que dans la grande majorité des

cas de conjonctivites aiguës, l'examen microscopique de la sécrétion permettait de découvrir des microorganismes spéciaux, cause de l'affection. Au Congrès de la Société française d'ophtalmologie en 1897, il insistait sur le grand intérêt que présente au point de vue du diagnostic précis, l'examen microscopique de la sécrétion conjonctivale dans les affections aiguës et chroniques de la muqueuse oculaire. Il ajoutait que cet examen microscopique permet dans la plupart des cas de déterminer l'étiologie de l'affection et qu'il doit être considéré comme un complément nécessaire de l'examen clinique, dans tous les cas où l'étiologie ne ressort pas clairement des commémoratifs ou de l'aspect des lésions.

**M. MORAX** caractérisait les conjonctivites aiguës qu'il étudiait dans sa thèse, non plus seulement par l'examen clinique, mais par l'agent pathogène qui en était la cause. D'autres observateurs tels que **MM. UHTHOFF** et **AXENFELD**, étudiant les affections de la cornée et en particulier l'ulcère serpiginieux, voulaient arriver à une classification étiologique des kératites, et ils s'étaient efforcés de rechercher le rapport existant entre la forme objective de l'infection cornéenne et la nature de cette affection.

**MM. MORAX** et **PETIT**, dans un travail paru dans les Annales d'oculistique en 1898, reviennent sur la question de l'étiologie des conjonctivites, et déclarent qu'on peut, en ce qui concerne les conjonctivites, établir une division basée sur l'aptitude plus ou

pathogènes à se développer et à en déterminer l'origine sur cette division des sécrétions conjonctivales.

thèse sur les infections de l'œil, l'étiologie de certaines affections est assez certaine, pour que l'on ne confonde pas avec celles qui sont encore douteuses.

Il nous a paru intéressant de citer comme étant importants, sur la question, les résultats de la classification classique basée sur les signes cliniques, et la classification basée sur les résultats de la culture. Nous n'en sommes pas sûrs, mais les affections kérato-

logiques, sans vouloir confondre toutes les affections conjonctivales, le mérite de séparer nettement la connue et précise, de la douteuse ou même tout à fait

incertaine. Cette voie nous paraît trop longue, mais nous ne pouvons pas ces recherches. Nous avons fait l'examen de tous les cas, et nous avons obtenu un nombre possible de résultats. La majorité de nos examens a été faite à la clinique ophtalmologique, et nous sommes heureux de dire que l'APPERSONNE d'avoir bien classé les résultats de ces examens et sous sa direction. Nous avons systématiquement penché pour les sécrétions conjonctivales, les kératites, les cornéens, de pus des yeux, de quelques suppurations. Toujours nous avons obtenu des résultats comme complément

de la clinique, très chargée de travail, et du caractère pratique de nos examens autant que possible.

Après une anse de platine refroidie, était étalée sur une lame de verre et colorée.

En général, la coloration par le bleu de méthylène, la fuchsine phéniquée, la thionine suffisent. Dans certains cas, pour différencier certaines formes microbiennes, il était utile de recourir à la méthode de GRAM, c'est-à-dire de faire agir sur la lame colorée au violet de gentiane, la solution iodo-iodurée de LUGOL et de décolorer ensuite à l'alcool.

Les préparations étaient alors examinées au microscope muni d'un objectif 1/12 à immersion homogène. Les micro-organismes se montraient en plus ou moins grande quantité, au milieu de cellules épithéliales, de leucocytes polynucléaires et de filaments fibrineux. Cet examen direct suffisait dans la plupart des cas et au point de vue pratique nous donnait souvent des résultats bien plus nets que le diagnostic par les cultures.

C'est qu'en effet, il existe constamment, dans le cul-de-sac conjonctival normal, des microbes saprophytes en petit nombre, que l'examen microscopique ne peut découvrir. Si cet examen microscopique est pratiqué sur une conjonctive enflammée, il montre, dans la grande majorité des cas, de nombreux éléments d'une même espèce microbienne en rapport de la nature de l'inflammation. Mais si l'on procède à la culture de ces exsudats inflammatoires, il arrive le plus souvent que les saprophytes normaux ou accidentels se développent et faussent le résultat de l'examen, surtout si l'on n'opère pas avec des milieux de culture spéciaux, ce qui n'est pas toujours possible dans un service de clinique.

Dans la grande majorité des cas, c'est donc l'examen microscopique seul qui a été pratiqué.

Nous indiquerons, à propos de chaque variété de microbes, la technique exacte que nous avons suivie, les cultures sur milieux ordinaires ou spéciaux que nous avons eu à faire et aussi les inoculations à l'animal, quand nous avons dû en pratiquer pour définir nettement un microorganisme douteux en nous fixant sur son degré de virulence. C'est à l'Institut Pasteur de Lille, au laboratoire de M. le professeur CALMETTE, que nous avons fait les cultures sur milieux spéciaux et les inoculations.

Dans ces conditions, nous avons pratiqué en quelques mois 307 examens de la sécrétion dans des inflammations oculaires, qui se décomposent ainsi :

Conjonctivites . . . . .	198
Kératites . . . . .	48
Dacryocystites . . . . .	42
Suppurations intraoculaires, palpébrales ou orbitaires . . . . .	19

Nous passerons en revue successivement les résultats.

tats que nous avons obtenus dans l'examen bactériologique des sécrétions provenant de ces diverses inflammations, en les classant d'après la nature du microorganisme que nous y avons rencontré et qui a été reconnu être la cause de l'affection.

A propos de chacun de ces microbes, sans donner une description complète qui nous entraînerait trop loin, nous indiquerons les caractères cliniques spéciaux de l'affection, et nous verrons que fréquemment, ces caractères varient, suivant le microbe causal. Souvent, le simple examen clinique et l'étude des commémoratifs permettent de faire le diagnostic exact de l'affection. L'examen bactériologique, dans ces cas, ne fait que confirmer le diagnostic clinique. Mais souvent aussi l'examen clinique est en défaut et l'examen microscopique forme le complément nécessaire qu'il ne faut pas négliger et dont les indications seront précieuses, dans les cas douteux, pour le pronostic, le traitement et surtout la prophylaxie.

Nous commencerons cette revue par l'étude des 198 cas de conjonctivites dont la sécrétion a été examinée par nous.

### Conjonctivites

Nous avons dit tout à l'heure, après M. MORAX, que la muqueuse conjonctivale n'est pas indifféremment atteinte par les microbes pyogènes. L'inflammation de cette muqueuse ou conjonctivite comprend un groupe de maladies qui sont bien différentes les unes des autres.

Malgré les progrès réalisés dans ces dernières années, la question de l'étiologie n'est pas encore résolue pour toutes les conjonctivites et en attendant une classification étiologique complète basée sur la bactériologie, nous diviserons au point de vue clinique les affections inflammatoires de la conjonctive en deux groupes : les conjonctivites aiguës et les conjonctivites chroniques.

Nous avons laissé de côté systématiquement les conjonctivites chroniques : conjonctivite granuleuse, conjonctivite folliculaire, etc...

Nous avons examiné 198 cas de conjonctivites aiguës et nous devons dire tout d'abord que dans 10 de ces cas, nous n'avons pu déceler dans la sécrétion à l'examen microscopique, la présence d'aucun microorganisme. Des cultures faites avec ces sécrétions sur les milieux ordinaires, nous ont donné un résultat absolument négatif dans 7 de ces cas ; dans les 3 autres cas nous avons obtenu de rares colonies de staphylo-

coques blancs ou dorés, auxquels il ne nous semble pas possible d'attribuer d'autre rôle que celui de saprophyte inoffensif. Nous n'avons du reste pas fait de cultures anaérobies.

Dans les 188 autres cas, au contraire, nous avons trouvé des microorganismes, et c'est d'après la nature de ces microbes que nous classerons nos examens. Sans nous attarder sur l'insuffisance de la division des conjonctivites, basée sur l'étude de la lésion anatomique et sur son évolution, nous dirons que depuis les recherches de M. MORAX, on peut, au point de vue étiologique, diviser les conjonctivites aiguës en trois catégories :

*La première de ces catégories* comprend les conjonctivites qu'on pourrait appeler *spécifiques*. Ces conjonctivites spécifiques sont déterminées par des microorganismes spéciaux, toujours les mêmes, que le microscope permet de reconnaître, dont la transmission se fait de muqueuse à muqueuse, et qui, sans autre condition que leur présence, peuvent se multiplier à la surface de la muqueuse conjonctivale et en déterminer l'inflammation. Ces microbes ne persistent pas sur la muqueuse revenue à l'état normal. A ce groupe appartiennent le bacille de WEEKS, le diplobacille de MORAX et le gonocoque.

*La deuxième catégorie* est celle des conjonctivites causées par des microbes, hôtes habituels de certaines de nos muqueuses, et qui, dans certaines conditions mal déterminées, acquièrent la propriété de proliférer à la surface d'une de nos muqueuses et d'y provoquer une réaction inflammatoire : le pneumocoque rentre dans ce groupe.

*Enfin la troisième catégorie* est celle des conjonctivites dues à des microbes qui ne créent d'inflammation conjonctivale qu'à titre de comparses et lorsque le terrain leur a été préparé par une infection antérieure : à ce groupe appartiennent le bacille de la diphtérie, le streptocoque, le staphylocoque.

Classant ci-après ces données, les résultats que nous avons obtenus dans nos recherches, nous décomposerons ainsi nos 188 examens positifs :

Conjonctivites spécifiques	{	Conjonctivites à gonocoques.....	41	126
		» bacilles de Weeks.....	68	
		» diplobacilles de Morax.....	17	
Conjonctivites non spécifiques	{	Conjonctivites à pneumocoques.....	21	62
		» bacilles de Löffler.....	26	
		» streptocoques.....	9	
		» staphylocoques.....	5	
		» B. coll.....	1	

*Conjonctivite à gonocoques.* — Nous avons toujours

sécrétion purulentes, qu'il se soit vu-nés (29 cas), e (9 cas), de la s filles (3 cas). ion simple à la ' des prépara-résentait avec dant que nous e schématique rencontré des volume, il ne es. La décolo-rme diplococ-plus ou moins cellules ou en sur bouillon inement qu'il dans la grande fi.

où la sécrétion néral trouvé le re les cellules ion conjoncti-ion rétrocedait coques étaient aires.

accompagnant i même temps es gonocoques cellulaires. Le ulement chez bondance, des tracellulaires. a été bénigne, rétion étaient t pas ferme et permis de le ite de l'adulte, oratifs étaient er la présence ue n'a fait que ans la grande nie purulente. quelques cas, a été infirmé a montré ou EEEKS.

Le gonocoque a persisté très longtemps même dans des cas traités avec énergie dès le début, plusieurs semaines après le début de l'affection, on le rencontrait encore, rare il est vrai et intracellulaire, sa disparition marquait la fin de l'affection. Nous n'avons eu à déplorer de complications cornéennes que dans les cas où le traitement a été commencé plus de 5 jours après le début de l'affection. Le traitement a consisté en une cautérisation quotidienne au pinceau avec la solution de nitrate d'argent à 1/10. La neutralisation se fait rapidement grâce au chlorure de sodium des larmes et nous n'avons jamais employé l'eau salée. Le précipité blanc de chlorure acide qui se forme, ne nous a jamais paru donner d'accidents du côté de la cornée. Des lavages toutes les heures à la solution à 1/2000 de permanganate de potasse, complétaient ce traitement.

Nous avons essayé un moment le protargol, disons tout de suite que pas plus pour la conjonctivite blennorrhagique que pour les autres variétés, il ne nous paraît, même en solution très forte à 1 pour 2, devoir être comparé, comme efficacité, au nitrate d'argent. Cependant son emploi peut être indiqué dans les cas bénins, car il est beaucoup moins douloureux, et la réaction qu'il détermine est beaucoup plus faible que celle que donne le nitrate d'argent.

*Conjonctivite à bacille de Weeks ou conjonctivite aiguë contagieuse.* — Le petit bacille qui cause cette variété de conjonctivite a été observé par KOCH en 1884, en Egypte, et par WEEKS en Amérique, puis par KARTULIS. C'est un petit bacille très fin qui existe en grande abondance dans la sécrétion de cette forme de conjonctivite. On le trouve facilement par la coloration simple au rouge de ZIEHL ou au bleu de méthylène. Il est très petit, et il apparaît sous forme d'un bâtonnet fin, assez court, cylindrique et à extrémités arrondies et légèrement renflées. L'examen microscopique doit être pratiqué avec un assez fort grossissement : l'objectif à immersion 1/12 et l'oculaire 3. Ce bacille ne prend pas le GRAM. Nous l'avons ensemencé souvent ; sur gélose ordinaire nous n'avons jamais rien obtenu ; sur gélose arrosée de liquide d'ascite, nous avons obtenu dans quelques cas des colonies fines, transparentes, à peine distinctes à la surface de la gélose et rappelant un peu les colonies de pneumocoque. Ces cultures ont pu être repiquées sur le même milieu et 4 à 5 fois de suite avec succès et purement, sans colonies étrangères.

Les symptômes subjectifs de l'affection sont ceux

de toutes les conjonctivites en général ; je n'insiste pas. Les paupières sont collées ; si on déplisse le cul-de-sac inférieur, on aperçoit de petits filaments blancs qui flottent dans la sécrétion conjonctivale. La muqueuse est injectée, rose (pink eye de WEEKS), et cette teinte rose de la muqueuse s'accompagnant parfois de très légères ecchymoses sous la conjonctive bulbaire, nous a paru un signe assez constant dans des cas de conjonctivite à bacille de WEEKS et nous a souvent, à elle seule, permis de poser le diagnostic exact avant tout examen bactériologique.

Mais dans les cas sévères avec chemosis de la muqueuse, œdème des paupières, on pense à une conjonctivite purulente et l'examen microscopique s'impose. La conjonctivite à bacilles de WEEKS peut donc présenter de grandes variations d'intensité depuis la conjonctivite catarrhale simple jusqu'à la conjonctivite purulente la mieux caractérisée, cette dernière forme étant, du reste, très rare. M. MORAX, qui a observé à Paris une épidémie due à ce bacille, s'est fait déposer dans le cul de sac conjonctival, sans traumatisme et sans irritation préalable, une goutte de culture pure de bacille de WEEKS sur gélose. Il a été pris le troisième jour d'une conjonctivite aiguë dont il a pu suivre l'évolution. Il a constaté que le bacille, impossible à déceler par la culture le premier jour, apparaît le deuxième dans la sécrétion, atteint son maximum d'abondance le quatrième jour et persiste jusqu'au neuvième jour. M. MORAX a commencé les cautérisations au nitrate d'argent à 1/50 le troisième jour et le bacille a disparu six jours après.

Nous avons traité nos malades par des cautérisations quotidiennes au nitrate d'argent à 1/30 et par des lavages fréquents à l'eau boricuée. Il nous a semblé que le bacille disparaissait plus rapidement. Après trois ou quatre cautérisations, on ne pouvait plus le mettre en évidence, pas plus par des examens directs répétés que par la culture. Toutefois l'inoculation de la sécrétion à un autre individu n'a pas été faite. (Rappelons du reste ici que nous n'avons obtenu de cultures que dans des cas intenses). La rougeur et la sécrétion persistaient cependant encore quelques jours, tout en diminuant considérablement et l'affection pouvait être considérée comme guérie trois ou quatre jours après la disparition du microbe spécifique.

*Conjonctivite à diplobacille de Morax ou conjonctivite subaiguë.* — Nous n'avons observé que dix-sept cas de conjonctivites diplobacillaires. L'examen clinique,

dans la plupart de ces cas, nous a permis de faire le diagnostic en nous reportant aux descriptions de M. MORAX. Cette variété de conjonctivite s'est rencontrée, surtout chez l'adulte — le plus souvent elle ne donnait lieu qu'à une sécrétion légère plus marquée le matin ; les paupières sont agglutinées au réveil ; l'affection évolue des deux côtés avec une réaction modérée, sans gonflement palpébral bien marqué ; la conjonctive palpébrale est prise surtout ; quelques malades présentaient à l'angle externe de préférence des lésions érythémateuses de la peau (conjonctivite angulaire). La plupart des malades sont venus quelques jours après le début de leur affection, d'autres plusieurs semaines après, les symptômes subjectifs étaient du reste peu accusés ; les deux yeux étaient pris, l'un d'abord, l'autre quelques jours après. Le peu d'intensité des phénomènes observés, dans la plupart des cas, explique, il nous semble, la rareté relative de cette affection à la clinique ; souvent l'ouvrier qui fréquente cette clinique ne se dérangera de ses occupations que si l'affection l'effraie par son intensité ou le lasse par sa longue durée ; une affection d'intensité modérée et dont les troubles subjectifs consistent en fourmillements ou en démangeaisons des paupières, avec sécrétion matinale, ne lui fera pas quitter son travail pour la consultation. Ce que je dis ici ne s'applique, bien entendu, qu'aux cas bénins de la conjonctivite subaiguë. Sur les 17 cas de conjonctivite diplobacillaire que nous avons observés, l'examen clinique a permis le diagnostic dans 13 cas ; dans 2 cas, l'évolution était plus aiguë et nous a fait penser au pneumocoque ou au bacille de WEEKS ; dans 2 cas enfin, il s'agissait de poussées aiguës au cours d'une conjonctivite granuleuse.

L'examen microscopique de la sécrétion conjonctivale a, en tous cas, levé les doutes. On peut la recueillir facilement au niveau de la caroncule (région qui est toujours plus prise que la conjonctive bulbaire). La coloration au rouge de ZIEHL dilué, de préférence, nous a permis de constater la présence en abondance de gros bacilles à bouts arrondis, séparés par un espace clair, fréquemment en chaînettes de 2 ou 3 diplobacilles. Ce bacille ressemble au pneumobacille de FRIEDLANDER, et comme lui, se décolore par la méthode de GRAM, mais il en diffère par l'absence de capsule et la forme plus nettement bacillaire. Il est plus gros que le bacille de WEEKS avec lequel on ne peut guère le confondre, et sa disposition diplobacil-



les saprophytes du bord de. Nous n'avons pratiqué sur gélose ascite ; prises, étalées, à contact au microscope, nous ne sur la conjonctive. Après lui, ont étudié de préférence le sulfate nous avons employé les tubes au 1/30, et les résultats en avons obtenu, satisfaisants. Le diplobacille disparaît à la guérison.

— Sur les 21 cas de conjonctivite que nous avons observée chez les enfants atteints d'otite purulente des enfants au dessous de 10 ans, nous avons observé des adultes. En fait, elle est bénigne : elle est peu intense et la conjonctivite disparaît avec la conjonctivite ; avec la conjonctivite guérit. Dans quelques cas, l'affection était accompagnée d'une légère exsudation générale, elle était bilatérale ; il existait une douleur et la photophobie. La conjonctivite à pneumocoque spécifique et les résultats ne nous ont pas permis, dans la plupart des cas, de faire un diagnostic ferme avant la guérison. Le pneumocoque se présente sous la forme de diplocoque à parois parfois en chaînettes. Au Gram, cette réaction est négative du gonocoque. Mais bien souvent nous avons vu la capsule et même nous avons pu mettre en évidence. Au microscopique, nous avons observé des colonies. Ces cultures sur gélose ascite, nous ont permis de constater les caractéristiques du pneumocoque (1/2 centimètre de diamètre en bouillon, sous l'animal en moins de 24 heures, dans le sang de la souris

les diplocoques typiques encapsulés prenant le GRAM.

Nous n'insistons pas sur ces résultats expérimentaux qui sont conformes à ceux que nous avons signalés dans notre thèse sur le rôle du pneumocoque en pathologie oculaire. Le traitement a consisté en cautérisations au nitrate d'argent au 1/30 et en lavages fréquents avec la solution d'acide borique.

*Conjonctivite à bacilles de Loeffler.* — Dans tous les cas où l'examen direct, suivi de culture et parfois d'inoculation, nous a démontré la présence du bacille de LOEFFLER, le diagnostic avait été fait d'après des signes cliniques : gonflement palpébral considérable, paupières œdématisées, violacées ; la paupière supérieure dure, en contact avec l'inférieure, ne peut se relever spontanément. Si on écarte les paupières, il s'écoule en abondance du muco-pus épais.

On constate sur la conjonctive tarsienne une exsudation fibrineuse blanchâtre, continue, adhérente à la muqueuse. Si on essaie d'enlever cette fausse membrane on y arrive difficilement et la muqueuse saigne, la conjonctive bulbaire est chémoïque, alors même qu'il n'y a pas encore de lésions de la cornée. Nous n'avons pas observé de conjonctivite diphtérique chez l'adulte, ni chez le jeune enfant. Nos 26 cas concernent des enfants de deux à douze ans. L'examen direct a toujours été fait d'abord par la coloration simple, puis la méthode de GRAM et dans la plupart des cas, il nous a permis de reconnaître le bacille de LOEFFLER à ses caractères morphologiques habituels qu'il est superflu de rappeler ici.

Ces bacilles n'ont jamais été rencontrés par nous en nombre considérable et leur nombre dans une préparation ne peut se comparer à l'abondance du bacille de WEEKS, du gonocoque, etc. La culture sur sérum coagulé, faite ensuite, nous a confirmé notre diagnostic. Dans les cas où l'examen direct ayant été négatif, la culture a donné des résultats, quelquefois un peu tardifs, nous avons procédé à des inoculations pour faire le contrôle rigoureux de l'identité du bacille. Le résultat positif de l'inoculation au cobaye nous a permis de conclure à l'existence de diphtérie vraie, à l'exclusion des bacilles pseudo-diphtériques. C'est qu'en effet à l'état normal comme à l'état pathologique, on rencontre sur la conjonctive des bacilles saprophytes, qui, en raison de leur petit nombre, ne gênent pas l'examen direct, mais qui, donnant sur sérum des colonies analogues à celles du bacille diphtérique virulent, peuvent fausser les résultats. L'inoculation

était donc nécessaire pour affirmer qu'il s'agissait bien de diphtérie vraie. L'inoculation ne donne son résultat qu'au bout de quelques jours ; il ne faut donc pas l'attendre pour appliquer le traitement. Ce traitement a consisté localement en lavages au sublimé à 1/3000, et instillations et attouchements au jus de citron ; et surtout l'inoculation de dix à vingt cm<sup>3</sup> de sérum de Roux, selon l'âge, a été pratiquée immédiatement ; avant le résultat de la culture et même dans des cas où l'examen microscopique était douteux. Nous n'avons eu qu'à nous louer de cette pratique. Jamais nous n'avons observé d'accidents post-sérothérapiques.

Le sérum de Roux s'est montré d'une efficacité telle, que nous avons toujours vu l'affection s'arrêter le lendemain et rétrocéder. Nous reparlerons de cette action curative rapide à propos des kératites.

Un exemple montrera la gravité de la conjonctivite diphtéritique, abandonnée à elle-même. Il s'agissait d'un enfant de quatre ans, dont la mère refusa l'injection de sérum et, malgré tout, se sauva, emportant son enfant. Cet enfant avait une conjonctivite diphtéritique d'intensité moyenne, le chemosis était peu accentué, la cornée ne semblait pas menacée. Huit jours après, M. le professeur AUSSET, chargé du pavillon de la diphtérie, nous faisait appeler et nous trouvions dans son service, avec une diphtérie pharyngo-laryngée, l'enfant en question. La cornée était complètement détruite et l'œil perdu. Sous l'influence d'injections de sérum de Roux, l'enfant guérit parfaitement de sa diphtérie pharyngée, et l'autre œil ne fut pas atteint. En regard de ce cas déplorable, nous pouvons mettre les quatorze cas où des conjonctivites diphtéritiques d'intensité variable nous ont été présentées avant que la cornée fût atteinte ; dans aucun de ces cas la cornée ne s'est prise et l'affection a guéri sans laisser de traces. Dans un cas la diphtérie s'est montrée associée au pneumocoque, celui-ci était de beaucoup le plus abondant à l'examen direct. Cultivé et inoculé, il n'a pas tué la souris. Au contraire, le bacille de la diphtérie a tué le cobaye ; l'enfant a guéri du reste par une injection de 10 cmc. de sérum. Peut-être pourrait-on admettre ici que le pneumocoque a préparé la voie à l'infection diphtérique ?

*Conjonctivites à streptocoques.* — On peut rencontrer le streptocoque associé au bacille de la diphtérie. deux fois nous avons constaté cette association, et la conjonctivite dans ces deux cas a été particulièrement sévère et s'est accompagnée de lésions cor-

néennes étendues. Mais d'autre part de conjonctivite nous avons rencontré pur. Dans quatre cas, il s'agissait de conjonctivite violente avec réaction violacée de la muqueuse ; l'un de ces cas était celui d'un enfant de 10 jours ; ces cas guérissent. Les cinq autres cas revêtaient l'allure pseudo-membraneuse. Dans deux cas les membranes étaient peu épaissies, très facilement détachant on ne faisait pas saigner. Les 3 autres cas à l'examen en microscopie montraient la diphtérie ; l'examen bactériologique était négatif, dans deux de ces trois cas, on a fait des applications cornéennes. Le traitement a consisté en instillations au nitrate d'argent ; lavages au sublimé à 1/3000 et pommade iodoformée dès que la cornée était atteinte.

*Conjonctivites à staphylocoques.* — Il s'agit de cinq cas où la conjonctivite paraissait due à un staphylocoque. Ce microbe se reconnaît avec ses caractères morphologiques et sa culture en abondance variée. En culture, nous avons obtenu du staphylocoque doré, deux fois et du staphylocoque blanc. Une inoculation a été pratiquée dans la veine de l'oreille, avec un coque en bouillon. L'animal a succombé. Dans ce cas, jaune, bien lié ; les paupières gonflées ; un léger exsudat pseudo-membraneux facilement détachable, recouvrait la cornée. Chez deux de nos malades, nous n'avons rien de particulier.

*Conjonctivite à Bacterium coli.* — Dans un cas, nous avons trouvé dans la sécrétion conjonctivale une suppuration épaisse, jaunâtre, tuméfiée, sans fausses membranes, paupières, un bâtonnet court, se colorant au GRAM, et dont l'aspect morphologique nous a fait penser au coli-bacille. Les essais sur milieux spéciaux, que nous avons faits, ont confirmé cette manière de voir. Ce microbe présente tous les caractères du B. coli : mouture abondante sur gélose et gélatine la rendant crémeuse ; sur pomme de terre, coagulant le lait, colorant en rouge par la teinture de tournesol, production d'indole en bouillon lactosé carbonaté, l'indol en eau peptonisée. Nous av

sujet et nous l'avons  
BRESLAU dans 3 cas  
nés, et par BIETTI  
tre malade était un  
n portant d'ailleurs.  
dinaire, cette affec-

Ni l'examen direct,  
mis de constater la  
nes. Il n'y avait pas

avons examinés au  
ivent se diviser pour  
en kératites secon-

s, au nombre de 14,  
os. Ils étaient consé-  
jonctivite que nous  
n'avons pas observé  
de la conjonctivite  
de la conjonctivite  
atite secondaire ont  
coque, 4 à une con-  
conjonctivite, mixte  
e), 2 à une conjonc-  
st pas nécessaire,  
diphthérie du moins,  
porte à l'infection ;  
seules produire des  
ssort pour la toxine  
ORAX et ELMASSIAN.  
rrait pénétrer dans  
rée par l'action de  
eures ; il produirait  
ressives et destruc-

de kératites secon-  
où l'examen avait  
onocoques.

huitième jour que  
lésion cornéenne.  
sentés et n'ont été  
la cornée était déjà  
nouveaux, un, un  
n laissant de larges  
taux ; le dernier a  
e après perforation

de la cornée. Dans ces six cas, l'examen des débris  
du fond de l'ulcération nous a montré du gonocoque  
caractéristique.

B. Sur les quatre cas où nous avons recherché le  
bacille de la diphthérie, au cours d'une kératite avec  
conjonctivite diphthéritique, nous ne l'avons rencontré  
sur la cornée qu'une fois. Dans deux cas négatifs au  
point de vue diphthérie, il y avait du staphylocoque,  
dans le dernier cas, du streptocoque. Ces lésions cor-  
néennes se sont toujours produites au cours de con-  
jonctivites diphthéritiques graves et avant l'emploi du  
sérum. Dans les trois premiers cas le sérum a eu une  
action rapide et efficace et les lésions ont rétrogradé  
vivement ; dès le second jour qui a suivi l'injection,  
l'infiltration a disparu, il a persisté des leucomes, mais  
peu considérables aux points ulcérés, en même temps  
qu'un trouble de la cornée qui a duré quelques jours.  
Cette action rapide du sérum dans ces cas, a confirmé le  
rôle important joué par la toxine diphthéritique dans  
la genèse de la lésion cornéenne.

Dans le quatrième cas, au contraire, où on avait  
rencontré le streptocoque, l'affection conjonctivale  
s'est améliorée sous l'influence du sérum de Roux ;  
mais l'infection cornéenne a suivi son cours et s'est  
terminée par un leucome total qui, plus tard, est  
devenu staphylomateux et nécessitera probablement  
une intervention chirurgicale ultérieure.

C. Ce cas grave nous amène à parler des 3<sup>me</sup> et 4<sup>me</sup>  
variétés de kératites secondaires, celles qui succèdent  
à une conjonctivite streptococcique (2 cas).

Dans ces quatre cas les lésions de la cornée furent  
graves ; l'infiltration s'étendit et les lésions devinrent  
rapidement ulcéreuses, destructives. Dans deux cas  
il y eut perforation de la cornée et hernie de l'iris ;  
dans un cas fonte purulente du globe.

Le streptocoque nous paraît donc exercer une  
influence néfaste sur le tissu cornéen, et il semble que  
les lésions acquièrent sous son influence une gravité  
toute spéciale. Nous avons signalé dans notre thèse  
un cas de ce genre : une kératite purulente double  
à pneumocoques se compliqua de conjonctivite à  
pneumocoques et streptocoques. Malgré le traitement  
les lésions aboutirent chez ce malade, âgé de 24 ans,  
à la suppuration totale des deux cornées. Il est infini-  
ment probable que c'est le streptocoque qui a été la  
cause du mal, puisque nous n'avons pas rencontré  
autre part de telles lésions produites par le pneumo-  
coque.



1 cas du  
contredit,  
tré, est le  
uvé dans  
surtout les  
ranche ou  
qui nous  
e microor-  
nen direct.  
mucocèles  
it dans les  
ers cas la  
res; quel-  
es seconds  
ngt-quatre  
ze heures.

### ides

inées par  
onocoque,  
rouvés.  
tées nous  
ue; à la  
le doré.  
agnant de  
né à l'exa-  
lle de la

bite, avec  
2, a donné  
ue blanc.  
ques sans  
des injec-  
té incisé.  
nsécutif à  
eler aussi  
esence du  
nc.  
l'orgelets,  
donné du  
endant du

sé de ces  
ions ocu-  
ons péri-  
s ont que

rarement donné des indications pour l'étiologie et le traitement de ces affections, que cependant l'étude de la sécrétion des dacryocystites, nous éclaire sur la genèse de certaines affections conjonctivales ou cornéennes.

Dans les kératites, l'investigation bactériologique tend à nous permettre de grouper les kératites secondaires aux conjonctivites d'après leur étiologie et de séparer un type clinique particulier : l'ulcère serpiginieux à pneumocoque.

Enfin dans les conjonctivites, les recherches bactériologiques éclairent singulièrement le diagnostic et le pronostic et nous fournissent de précieuses indications pour le traitement curatif et la prophylaxie.

La simple découverte dans la sécrétion d'une conjonctivite du bacille de WEEKS ou du diplobacille de MORAX, permet de conclure aussitôt de leur présence à la nature de l'inflammation, puisque ces microbes n'existent pas sur la conjonctive normale. On peut instituer aussitôt le traitement et surtout les mesures prophylactiques qui empêcheront la contagion de muqueuse à muqueuse.

Pour les espèces microbiennes non spécifiques, l'examen bactériologique, sans avoir la même valeur, sera toujours utile. En présence d'une conjonctivite pseudo-membraneuse il ne sera pas inutile pour le pronostic de savoir si elle est due au pneumocoque ou au streptocoque. La découverte dans l'exsudat du bacille de LOEFFLER aura une importance thérapeutique sur laquelle il est inutile d'insister.

Ces recherches ne constituent donc pas seulement un travail de laboratoire, elles présentent un intérêt clinique de premier ordre, et elles ont une énorme importance pratique. Dans beaucoup de cas, nous l'avons dit, le diagnostic clinique exact est impossible : Quoi de plus simple alors, que de le préciser par l'examen microscopique, qui dans l'immense majorité des cas, surtout en ce qui concerne les conjonctives, donnera aussitôt l'étiologie exacte de l'affection ? Cet examen se fera vite et facilement : la technique en est extrêmement simple, puisque la plupart de ces microbes se colorent rapidement par les colorants ordinaires. Il sera utile toujours, indispensable souvent. Et à l'appui de cette assertion, je ne veux citer, en terminant, que deux exemples :

1° Chez les adultes, comme chez les enfants, il est souvent impossible au premier examen clinique de différencier la conjonctivite catarrhale purulente de la

conjonctivite purulente blennorrhagique. Cette absence de diagnostic ferme, a comme conséquence fatale, le manque de précision absolue dans le pronostic et l'administration du traitement.

2° Chez les enfants, la conjonctivite prend souvent la forme pseudo-membraneuse. En l'absence de l'examen microscopique, il est permis de faire un certain nombre de diagnostics, plus ou moins bien appuyés, sur des raisons cliniques de différente valeur et inconstantes du reste : mais aucun de ces diagnostics ne sera précis, aucun ne sera certain. Nous savons que la conjonctivite pseudo-membraneuse peut être due au bacille de WEEKS, au pneumocoque, au streptocoque, au bacille de LOEFFLER, etc ; nous avons signalé ce fait à propos de chacun de ces microorganismes. Nous ne pouvons nous prononcer à l'examen des lésions, attendrons-nous l'évolution clinique, alors que nous pouvons être immédiatement renseignés, alors que l'examen bactériologique peut nous fixer d'une façon rapide, nette et précise sur la cause, et par là même, sur la gravité, la durée des complications et le traitement de l'affection ? Evidemment non, puisque par ce seul examen, le diagnostic d'hésitant deviendra ferme, rendant plus nets et pronostic et indications thérapeutiques.

Donc, dans beaucoup de cas, l'examen bactériologique renseignant sur l'étiologie exacte de l'affection, et permettant de rattacher directement la lésion à sa cause, a le double avantage de faciliter le diagnostic et de préciser les indications thérapeutiques et prophylactiques. A ces deux titres, ces recherches méritent d'être poursuivies systématiquement dans tous les cas comme adjuvant de l'étude des symptômes et de la marche de la lésion. Dans la véritable acception du mot, l'examen clinique des affections oculaires externes, et plus particulièrement des conjonctivites, doit comprendre en plus de l'examen anatomique de la lésion, l'étude de l'évolution, de la contagion et de l'étiologie du processus pathologique.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

Une circulaire ministérielle en date du 14 février 1902, fixe au 20 juin l'épreuve écrite du **Concours pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon**.

Peuvent y prendre part les étudiants en médecine ayant quatre inscriptions prises conformément au décret du 31 juillet 1893, portant réorganisation des études médi-

cales. Ils doivent préalablement justifier les conditions suivantes :

- 1° Etre Français ou naturalisé Français ;
- 2° Avoir eu, au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de 17 ans et moins de 23 ans ;
- 3° Avoir été vacciné avec succès ou vérole ;
- 4° Etre robuste, bien constitué et n'ayant aucune maladie ou infirmité susceptible de l'empêcher de servir au service militaire ;

5° Etre pourvu, au jour de l'ouverture d'admissibilité : a) du diplôme de bachelier secondaire classique (lettres, sciences, certificat d'études physiques, chimiques, littéraires et naturelles) ou du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire moderne (lettres, sciences, certificat d'études physiques, chimiques, littéraires et naturelles) titulé par le décret du 31 juillet 1893 ; b) d'inscriptions valables pour le doctorat.

Les candidats qui remplissent les conditions indiquées devront se faire inscrire d'ici le 15 mai à la préfecture du département où ils habitent.

Les pièces à produire pour l'inscription sont :

- 1° L'acte de naissance du candidat ;
- 2° Un certificat du commandant de subdivision territoriale établi l'année précédente, constatant, dans les mêmes conditions, la moralité, l'aptitude réelle au service, la santé, l'absence de maladies contagieuses, la possession d'un logement, la situation matérielle ;
- 3° Un certificat du médecin militaire de recrutement, constatant que le candidat n'a eu ni la petite vérole, ni la syphilis ;
- 4° Une déclaration écrite, indiquant la composition et d'examen choisis par lui, dans les villes désignées ci-dessous et dans le délai fixé, sans attendre de particulier ;

5° a) Le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie, sciences, certificat d'études physiques, chimiques, littéraires et naturelles) ou du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire moderne (lettres, sciences, certificat d'études physiques, chimiques, littéraires et naturelles) titulé par le décret du 31 juillet 1893 ; b) d'inscriptions valables pour le doctorat.

Le concours comporte des épreuves écrites et des épreuves orales. Les épreuves écrites sont : 1° une composition écrite sur un sujet de physiologie ou de médecine ; 2° une composition écrite de langue française ou allemande ; 3° une composition écrite de langue étrangère.

Le concours comporte des épreuves orales. Les épreuves orales sont : 1° une composition orale de langue française ou allemande ; 2° une composition orale de langue étrangère.

Les épreuves écrites d'admissibilité (1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup>) sont : 1° une composition écrite sur un sujet de physiologie ou de médecine ; 2° une composition écrite de langue française ou allemande ; 3° une composition écrite de langue étrangère.

2° Une composition écrite de langue française ou allemande ; 3° une composition écrite de langue étrangère.

Outre le thème allemand obligatoire, les candidats en feront la demande seront autorisés à présenter une autre langue étrangère. Il leur sera

œuvre.  
erros-  
tions,  
tirées  
  
ouble  
  
sieurs  
  
bilité  
oit le  
utres  
  
cien-  
unè  
yon),  
at le  
rvice  
ition.  
nème  
local.  
mn  
aires  
écrite  
  
eures  
Paris,  
râce),  
lancy  
  
nir à  
le M.  
  
doc-  
lier);  
  
MM.  
s (de  
  
f. les  
  
nica-  
  
titp-  
ndre  
  
vant  
s et  
s.  
l n'a

pas été possible d'organiser d'excursion pendant la durée du Congrès. Une excursion finale permettra toutefois aux Congressistes de visiter une région des plus intéressantes des Pyrénées-Orientales (Perpignan, Port-Vendres, Banyuls, Amélie-les-Bains, etc.).

Malgré des démarches réitérées, on n'a pu obtenir des Compagnies de chemins de fer une réduction de tarifs. (Les Messageries maritimes, la Compagnie Fraissinet et les chemins de fer de l'Etat, ont seuls consenti la réduction habituelle.) Mais les Congressistes pourront bénéficier des tarifs spéciaux en vigueur pendant les vacances de Pâques. (Réduction de 25 0/0 en 1<sup>re</sup> classe; 20 0/0 en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> classe).

Les adhésions et demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétaire général

La cotisation est de vingt francs pour les membres *titulaires* (docteurs en médecine) et de dix francs pour les membres *associés* (étudiants en médecine, dames et personnes non docteurs en médecine s'intéressant aux sciences médicales).

Les adhérents peuvent adresser dès maintenant leur cotisation à M. le Dr PARANT, Trésorier, 17, allée de Garonne, qui, s'ils le préfèrent, leur fera présenter ultérieurement, par la poste, la quittance, augmentée des frais de recouvrement.

#### UNIVERSITÉ DE LILLE

M. A.-F.-J. VINCENT, de Lomme (Nord), ancien externe des hôpitaux de Lille, interne de l'asile d'aliénés d'Armentières, a soutenu, avec succès, le mercredi 12 mars, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 72, intitulée: *Contribution à l'étude clinique des troubles de la parole dans l'épilepsie*).

— M. C.-D.-M.-R. GUILBERT, de Lesquin (Nord), a soutenu, avec succès, le samedi 8 mars, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 71), intitulée: *Contribution à l'étude de la coxopathie par ostéite sèche douloureuse du col fémoral (coxa vara, hanche bote)*.

#### UNIVERSITÉS DE PROVINCE

*Nantes.* — M. le docteur VIGNARD, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

*Poitiers.* — M. le docteur FAIVRE, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, est nommé professeur de clinique médicale.

#### Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. ELLART, médecin à Saint-André-lez-Lille. Nous adressons à sa famille l'expression de nos bien vifs sentiments de condoléance.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES** — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration. De 3 à 6 cuillères à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.

Dr Ferrand. — *Trait de méd*)

**RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX**  
**NEUROSINE PRUNIER**  
(Phospho-Glycerate de Chaux pur)

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille, le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique; **Barrois**, professeur de parasitologie; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur; **Carlier**, professeur agrégé; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale. **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières; **De Laperrière**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris; **Looten**, médecin des hôpitaux; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** : Clinique chirurgicale de Saint-Sauveur, M. le professeur **H. Folet** : Plaies artérielles de la paume de la main, leçon recueillie par M. **Davrinche**, interne. — Recherches sur la toxicité des extraits de muqueuse intestinale, par MM. **J. Druebert**, chef de clinique chirurgicale, et **Dehon**, licencié ès-sciences. — SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD (Séance du 14 mars 1902). — ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES. — VARIÉTÉS ET ANECDOTES. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### CLINIQUE CHIRURGICALE DE ST-SAUVEUR

M. le professeur **H. FOLET**

#### Plaies artérielles de la paume de la main

Leçon recueillie par M. **Davrinche**, interne du service

Messieurs,

Il existe une région du corps extrêmement abondante en vaisseaux, surtout en artères, où, au voisinage d'un faisceau de multiples tendons, s'entrecroisent les mailles compliquées d'un riche réseau d'artères, de veines, de filets nerveux : c'est la paume de la main. Et cette même région se trouve tout particulièrement exposée à bien des espèces de traumatismes, coups de couteau, éclats de vitre, etc., qui peuvent atteindre souvent simultanément les vaisseaux, les nerfs et les tendons. C'est seulement des plaies artérielles que j'ai l'intention de vous parler aujourd'hui.

Il faut tout d'abord vous rappeler très sommairement la disposition générale des artères de la paume

de la main. Les artères de l'avant-bras, la radiale et la cubitale, arrivées au poignet, se divisent et s'anastomosent de façon à former à la face antérieure du métacarpe deux arcades transversales situées en des plans différents : arcade superficielle formée par la cubitale et la radio-palmaire, branche de la radiale ; arcade profonde formée par la radiale, laquelle, après avoir contourné la face externe du radius et la face postérieure du carpe, rentre dans la paume par le premier espace intermétacarpien et se porte transversalement en dedans à la rencontre de la cubito-palmaire, branche de la cubitale. De ces deux arcades, la profonde est la plus élevée, c'est-à-dire la plus rapprochée du carpe. La superficielle est au contraire la moins élevée, c'est-à-dire la plus rapprochée de la ligne des articulations métacarpo-phalangiennes ; elle coupe transversalement les métacarpiens à l'union de leurs deux tiers supérieurs avec leur tiers inférieur et répond au pli cutané moyen de la paume, ou, si vous l'aimez mieux, à une ligne qui, partant de la commissure du pouce, serait perpendiculaire aux axes métacarpiens.

Vous voyez admirablement tous ces détails sur cette splendide radiographie due à mon ami M. le professeur **CASTIAUX**. Les artères, injectées au vermillon, y dessinent tout leur riche réticulum et le merveilleux chevelu de leurs plus fins capillaires.

De ces deux arcades partent les interosseuses et les digitales qui donnent naissance aux collatérales des



entre les arcades  
t des anastomoses  
me à l'avant-bras  
ent entre elles par  
t comme chacune  
rentes avec l'artère  
pas arrêté dans les  
r la radiale, sur la  
ale simultanément,

la situation et les  
s palmaires, nous  
st située sous l'apo-  
sceau des tendons,  
nent sur les métar-  
, se trouve l'arcade  
e 1/4 environ plus

il est aisé de com-  
es de cette région  
plaies artérielles  
lète des vaisseaux  
ête ne portant que  
re. Et dans tous les  
sus-décrites qui  
lés vaisseaux lésés,  
uné tendance à se  
laies vasculaires se  
is.

nt passé longtemps  
eurs de la première  
ites avec une sorte  
anciens chirurgiens  
CHAULIAC n'en parle  
cependant avoir  
palmaire « par har-  
, et aussi par armes  
trême importance,  
ial. Mais si on lit les  
, BOYER, NÉLATON,  
ctionnaires écrits il  
plaies artérielles de  
our ces chirurgiens  
des hémorrhagies  
secondaires, souvent  
cause.

ons des cas nom-  
des hémorrhagies

primitives, soit à des hémorrhagies secondaires, on a eu recours à des ligatures dans la plaie après débridement; ce qui, à cette époque pré-antiseptique, occasionnait couramment des phlegmons graves. NÉLATON avait démontré que l'on pouvait lier les artères même au milieu des tissus suppurants sans que la friabilité supposée de l'artère dans ces tissus fût un obstacle absolu à l'hémostase; mais, si l'on arrivait parfois ainsi à arrêter l'hémorrhagie, la blessure n'en restait pas moins exposée à des suppurations désastreuses dans cette région si riche en gaines synoviales qui étendaient au loin l'infection.

Pour éviter ces accidents locaux d'autres préféraient la ligature à distance et nous voyons lier la radiale, la cubitale; puis, devant la persistance du retour de l'hémorrhagie, l'humérale et l'axillaire. Et, comme ces ligatures déterminaient souvent aussi des phlegmons, on était amené à des amputations de l'avant-bras et même du bras: voire à des désarticulations de l'épaule!

Plus tard, à l'aurore de la période moderne, on conseilla d'aller, par de larges débridements, mettre à nu et lier sur place les vaisseaux divisés; ce qui, grâce à l'antisepsie naissante, pouvait être fait sans produire de suppurations graves. Mais, au cas où l'hémorrhagie se reproduirait, POLAILLON, en 1872, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, conseilla encore d'aller directement lier l'humérale.

Telle était, il y a trente ans à peine, la psychologie des chirurgiens au sujet des plaies artérielles de la main.

Aujourd'hui, au contraire, on ne parle presque plus de ces plaies. Dans les livres classiques actuels, tels que la dernière édition du traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS, on ne s'y arrête guère. Dans le dernier volume du traité LE DENTU-DELBET, paru il y a quelques mois, on ne trouve même pas de chapitre spécial sur ce sujet.

Ce silence est excessif; car, si les plaies artérielles de la paume de la main ont perdu de leur gravité ancienne, c'est uniquement grâce à l'emploi d'une méthode qu'il est au moins utile de faire connaître aux élèves. Cette méthode c'est l'ischémie par élévation du membre, combinée avec la compression locale et l'asepsie scrupuleuse de la plaie. On parlait bien autrefois de l'élévation du membre; mais on la mentionnait sous forme de phrase incidente et on ne la présentait que comme un moyen adjuvant et secondaire; et, quand on l'appliquait, on l'appliquait insuffisamment:

en se contentant de poser le membre sur des coussins qui se dérangeaient et s'écroulaient avec une extrême facilité.

Voyons donc comme il faut appliquer la méthode, en prenant pour exemple notre petit malade du n° 5. Cet enfant s'était blessé avec une bouteille qui s'était cassée dans sa main. Nous constatons, à son entrée, une plaie étroite et profonde de la paume de la main, par où s'écoule incessamment en bavant du sang absolument rutilant. La plaie se trouvant un peu au-dessous du pli moyen de flexion de la paume, il y a lieu de supposer que ce ne sont pas les arcades artérielles qui ont été sectionnées, mais une ou plusieurs interosseuses, à leur émergence de l'arcade. Je fais administrer du chloroforme et, après avoir obtenu l'hémostase provisoire par la compression de l'avant-bras, j'agrandis la plaie et je suture les deux tendons fléchisseurs superficiels de l'index et du médus qui sont aux trois quarts sectionnés et dont la continuité n'est plus représentée que par quelques minces fibres tendineuses ; puis je m'assure qu'il n'y a aucun fragment de verre dans la plaie que je nettoie et lave scrupuleusement jusque dans sa profondeur avec de la liqueur de VAN SWIETEN. Cela fait, je rapproche, sans les suturer, les lèvres de la plaie cutanée et je fais de la compression dans la paume de la main avec un gros tampon sphérique d'ouate que je maintiens appliqué uniquement sur la paume à l'aide de deux attelles placées en avant et en arrière de l'avant-bras et de la main, attelles plus larges que la main et l'avant-bras, de façon que, serrées par une bande, elles ne compriment ni les bords de la main ni les artères radiale et cubitale au poignet. Je place et j'assujettis tout le membre supérieur dans une gouttière en fil de fer que je maintiens en position verticale en l'attachant aux barres supérieures formant ciel de lit ; le malade étant couché bien à plat, en décubitus dorsal.

Pendant quatre jours tout se passe très bien : l'hémorrhagie est complètement arrêtée ; le malade ne souffre pas et n'a pas d'hyperthermie. Mais au bout de ce temps, le gamin, s'ennuyant dans cette position fastidieuse et le bandage qui fixait le membre à la gouttière s'étant quelque peu dérangé, dégage son bras, se lève et va se promener dans la salle, la main en écharpe. Presque aussitôt, hémorrhagie abondante qui tache copieusement le pansement. On appelle l'interne de garde qui, après avoir refait le pansement, replace le bras dans la gouttière qu'il remet en éléva-

tion verticale. L'hémorrhagie s'arrête instantanément. Le membre est laissé durant une semaine dans cette position que garde cette fois l'indocile malade, dûment chapitré quant aux conséquences possibles d'une nouvelle frasque. Douze jours après la blessure, on constate que la plaie est complètement cicatrisée sans suppuration. Exeat trois jours plus tard.

Cette méthode si simple et si triomphante de l'élévation verticale prolongée, quand et par qui nous est-elle venue ? Cela est très difficile à dire, car elle est née un peu partout en même temps il y a environ vingt-cinq ans. Si on consulte, en effet, les périodiques entre 1875 et 1878, on voit qu'ESMARCH à Kiel, LISTER à Londres, GOSSELIN à Paris, GROSS à Nancy, HOUZÉ DE L'AULNOIT à Lille, attirent simultanément l'attention sur l'hémostase par élévation. Il y eut à ce moment d'après réclamations de priorité, bien oubliées et bien peu intéressantes après un quart de siècle écoulé.

Cette idée de l'ischémie par élévation, l'observation la plus vulgaire aurait dû la faire naître depuis longtemps. Si, en effet, vous mettez une de vos mains en l'air et l'autre en bas, au bout de quelques instants, l'une sera congestionnée et violette, l'autre blanche et anémiée ; anémiée non seulement par la déplétion des veines, mais aussi par réplétion moindre des artères. L'impulsion du choc artériel est très diminuée par l'élévation. Vous avez vu et vous verrez souvent, dans une des nombreuses amputations des doigts qui se font dans le service, une artère qui donne s'arrêter instantanément toute seule quand on élève le bras ; je vous l'ai fait plusieurs fois remarquer. Pour vous démontrer la chose d'une façon très nette et au moyen de graphiques, j'ai demandé à mon excellent collègue et ami, M. WERTHEIMER, de me faire quelques tracés à ce sujet. Les expériences ont porté sur l'homme et sur le chien. Dans les tracés que m'a remis M. WERTHEIMER et que je vous fais passer (1), vous voyez que, quand le bras de l'homme ou le membre inférieur de l'animal sont élevés, il y a abaissement de la courbe, c'est-à-dire diminution de pression intra-artérielle. Quand, au contraire, ceux-ci sont abaissés, il y a élévation de la courbe.

Il est donc certain que la pesanteur produit dans les vaisseaux des diverses régions des variations de pression. Le rôle de la contraction des vaisseaux est de compenser et de corriger cette influence ; et, suivant le degré de déclivité, la contractilité vasculaire varie

(1) Voir ci-contre.

eur.  
emps

duit du gonflement ou de l'ischémie suivant que la région a été abaissée ou élevée. J'ai vu jadis un exemple très frappant de ce fait sur un malade de PARIS qui fut le sujet d'une observation célèbre et que vous trouverez partout citée. Il s'agit d'un blessé atteint de fracture de la colonne vertébrale, paraplégique, que PARIS, par une inspiration hardie, fit étirer par les pieds et la tête en appuyant vigoureusement sur le fragment rachidien saillant. La réduction fut obtenue; la moelle qui, heureusement, n'était que comprimée, reprit sur le champ ses fonctions; la paraplégie disparut d'emblée. On fit comprendre au patient, homme intelligent, de quelle chance inouïe il avait bénéficié et quel danger il courrait en ne gardant pas le repos absolu pendant tout le temps nécessaire à la réparation de la lésion. Il demeura, donc soixante jours immobile, couché à plat sur le dos. Quand, au bout de ces deux mois, on le mit assis dans un fauteuil, ses jambes gonflèrent démesurément, en même temps qu'il se produisait de l'anémie cérébrale et que le malade tombait en syncope. Tant qu'avait duré l'horizontalité, la pression avait été la même dans toutes les parties du corps; mais aussitôt que la position fut modifiée, l'équilibre se trouva brusquement rompu, et les vago-moteurs ainsi que les fibres musculaires des vaisseaux, déshabitués de leur travail habituel, n'avaient pu le rétablir sur le champ.

Figure 2

Quelques heures du reste suffirent pour produire en petit ces phénomènes; ainsi, quand on se lève le matin, la face pâlit légèrement, les jambes se gonflent et vous avez peine à chauffer des bottines un peu justes que vous mettrez sans peine une heure plus tard, alors que les vaisseaux se seront habitués à la station verticale.

Toutes ces observations scientifiques, tous ces faits d'observation vulgaire que MAREY rappelle et commente dans son livre *De la Circulation*, ont été répétées expérimentalement par LISTER, et communiquées par lui en 1878 à l'Académie de Médecine de Paris :

nme.  
rale ;  
à tête  
chien

tent  
pro-

« En opérant sur des animaux, dit MAREY, l'illustre » chirurgien de Londres a vu que des veaux et des » chevaux, étant couchés sur le dos pendant qu'on » leur tenait une jambe dans l'élévation complète, » présentaient des modifications circulatoires plus » grandes encore que celles qui viennent d'être signa- » lées sur l'homme. Les artères diminuaient de » calibre, au point d'être réduites au sixième de leur

» diamètre normal ; l'artère métacarpienne ne donnait plus de sang quand on la divisait. »

On conçoit donc que, vu la diminution du calibre des vaisseaux, vu l'impulsion moindre de la colonne sanguine, l'hémorrhagie s'arrête dans les vaisseaux divisés, qu'un coagulum s'y forme et que les plaies artérielles se cicatrisent.

Cette hémostase se fait de deux façons suivant que la section est totale ou partielle. Dans le premier cas, il y a rétraction des tuniques ; puis caillot endo-vasculaire se continuant avec un caillot extra-vasculaire (*bouchon et couvercle*). La suite des phénomènes consiste dans la fermeture en cul-de-sac du bout divisé par résorption du caillot et prolifération des tuniques. Dans le deuxième cas, plaie pariétale de l'artère, il y a encore formation de caillot endo-vasculaire communiquant par une sorte d'isthme avec un caillot extra-vasculaire (*caillot en bouton de chemise*). Puis il peut y avoir atésie et oblitération de l'artère qui se transforme en un cordon fibreux, ce qui n'a pas d'importance, étant donné le riche réseau artériel de la main ; ou bien il y a rétrécissement de la plaie pariétale, réparation des tissus ambiants et *restitutio ad integrum* du canal vasculaire qui, après résorption du caillot, est susceptible de redevenir perméable. Au point de vue pratique peu importe du reste le mécanisme de la réparation.

En résumé la méthode de traitement des plaies artérielles de la paume de la main se résume dans ces trois facteurs : aseptie parfaite, compression et élévation.

La compression doit être locale et faite uniquement sur la paume ; ce qui n'empêchera pas la circulation dans les doigts en raison des nombreuses anastomoses. La compression sur le trajet des artères radiale et cubitale est inutile et dangereuse, étant donné qu'elle peut produire la gangrène du membre. Il faut, du reste, toujours surveiller l'extrémité des doigts, laissés exprès à découvert ; ces doigts doivent rester chauds et de coloration normale. Je vous ai indiqué plus haut comment, au moyen du tamponnement palmaire fixé par des attelles antérieure et postérieure un peu plus larges que la main et l'avant-bras, vous pouvez réaliser cette compression localisée ; je n'y reviens pas.

Quant à l'élévation du membre, elle doit être absolument verticale, au moins dans les premiers jours, et continuée sans interruption. La simple élévation sur

des piles de coussins est insuffisante, le membre glisse et s'échappe peu que les coussins s'affaissent, se déforment. La verticalité est d'ailleurs

Dans les hôpitaux, la mise en position est le plus simple ; on la fait avec le malade étant étendu bien à plat, façon, d'obtenir une verticalité exacte. À la campagne, il n'est pas facile de viser une élévation satisfaisante. Un premier charpentier venu une fois sur place, longueur sur 0<sup>m</sup>15 de largeur, étant bien horizontal sur le liège, on le place du côté du mur, et tout est fait. Le bras appliqué par sa face interne sur une chette rembourrée d'ouate, au-dessus de la main, roulée entourant la main, l'avant-bras jusqu'à l'épaule, pour éviter tout déplacement, la planchette sera dressée, appuyée contre le mur.

Grâce à cette méthode thérapeutique exactement appliquée et surveillée, Messieurs, la guérison de traumatismes, jadis l'effroi des chirurgiens, leur donnait souvent lieu à des complications et aboutissaient parfois à l'amputation.

### Recherches sur la toxicité de muqueuse intestinale

par  
J. DRUCBERT  
et  
Chef de clinique chirurgicale

En 1900, M. VIDAL (de Périgueux) a fait un titre d'opothérapie entérique dans une série d'essais expérimentaux et est parvenu à une action favorable des extraits intestinaux contre les phénomènes du scorbut. Lors de nos cours d'expériences analogues à celles de M. Vidal, nous avons été surpris d'observer la mort de rats qui n'avaient reçu en injection que des extraits intestinaux.

Nous avons été ainsi amenés à faire des extraits aqueux et glycerinés de muqueuse intestinale. Nous allons rapporter ici les résultats de ces expériences de détermination de la toxicité.

Comme M. Vidal, nous avons

(1) Travail du laboratoire de pathologie expérimentale (H. SURMONT).

(2) *Revue de Chirurgie*, 1900, t. XXII,

quel en a été le

n chien à jeun  
ntestin grêle est  
nt lavé dans du  
rette tranchante,  
r en la triturant  
n artificiel. On  
ltre et que l'on  
t à 38°, dans la

sultats bien diffé-  
ré sur papier ou  
porcelaine. Les  
degré de concen-

20 grammes de  
r dans 60 gr. de  
idité de la glycé-  
principes actifs  
filtré sur papier  
es débris de tissu  
ensuite de trois  
ougie de porce-

On obtient un  
erver et auquel  
umes d'eau pour  
xtrait analogue à  
lont 21 c. c. cor-  
l'on injecte dans

rimenté avec des  
c'est-à-dire dont  
r. de muqueuse

0.

it 10 cc. Il pré-  
rquée et meurt

10 cc. Immédia-  
intense. Mort

imal à qui on se  
meurt immédia-

diatement après

oit 30 cc. Mort  
t noter que cet  
43 cc. d'extrait  
munisé partiel-

EXPÉRIENCE 6. — Lapin, 2030 gr. Reçoit 30 cc. Aussitôt après, l'animal se couche, présente quelques secousses, de l'exophtalmie et meurt 10 minutes après l'injection.

b) *Extrait aqueux filtré sur papier, à 1/15.*

EXPÉRIENCE 7. — Lapin, 1680 gr. Injection de 30 cc. correspondant à 2 gr. (dose mortelle en dilution à 1/10). Survie.

c) *Extrait aqueux filtré sur papier, à 1/30.*

EXPÉRIENCE 8. — Lapin, 1950 gr. Injection de 30 cc. Survie.

d) *Extrait aqueux filtré sur papier à 1/60.*

EXPÉRIENCE 9. — Lapin, 1650 gr. Injection de 30 cc. Survie.

e) *Extrait aqueux filtré sur porcelaine, à 1/10.*

EXPÉRIENCE 10. — Lapin, 2150 gr. 120 cc. de l'extrait, soit une quantité correspondante à 12 gr. de muqueuse, sont nécessaires pour provoquer la mort de l'animal.

f) *Injection d'extraits aqueux chez des animaux dont on a rendu le sang incoagulable.*

EXPÉRIENCE 11. Lapin, 1580. 1° Injection de 10 cc. d'extrait correspondant à 2 têtes de sangsues.

2° Dix minutes après, injection de 20 cc. d'extrait aqueux à 1/10. L'animal ne paraît nullement impressionné et survit.

EXPÉRIENCE 12. — Lapin, 2050 gr. 1° Injection de 15 cc. d'extrait correspondant à 3 têtes de sangsues.

2° Dix minutes après, injection de 30 cc. d'extrait aqueux à 1/10.

Aucun trouble à noter. Survie.

EXPÉRIENCE 13. — Lapin, 2330 gr. 1° Injection de 30 cc. d'extrait correspondant à 3 têtes de sangsues.

2° Immédiatement après, injection de 250 cc. d'extrait aqueux à 1/10 ; dose correspondant par conséquent à 25 gr. de muqueuse intestinale.

L'animal ne présente qu'une seule série de secousses après l'injection de 170 cc. ; la respiration s'accélère un peu après 240 cc. Après l'injection de 250 cc. le lapin ne présente aucun symptôme morbide, ni dyspnée, ni exophtalmie, ni troubles pupillaires, ni secousses tétaniques. Il a uriné abondamment pendant le cours de l'injection.

Mort le lendemain dans la matinée ; à l'autopsie faite dans l'après-midi, on trouve des caillots dans le cœur et les veines. Reins congestionnés.

## II. EXTRAIT GLYCÉRINÉ FILTRÉ SUR BOUGIE DE PORCELAIN.

EXPÉRIENCE 14. — Lapin, 1770 gr. reçoit 3 cc., 15 correspondant à 0 gr. 16 de muqueuse. Survie.

EXPÉRIENCE 15. — Lapin, 1880 gr., reçoit 7 cc. (0 gr. 33). Survie.

EXPÉRIENCE 16. — Lapin, 1910 gr., reçoit 10 cc., 5 (0 gr. 50). Survie.

EXPÉRIENCE 17. — Lapin, 2170 gr., reçoit 14 cc. (0 gr. 67). Survie.

EXPÉRIENCE 18. — Lapin, 2250 gr., reçoit 21 cc., 5 (1 gr.). Survie.

**EXPÉRIENCE 19.** — Lapin, 1860 gr., reçoit 32 cc. (1 gr.5).  
Survie.

**EXPÉRIENCE 20.** — Lapin, 1620 gr., reçoit 43 cc. (2 gr.).  
Survie.

**EXPÉRIENCE 21.** — Lapin, 1770 gr., reçoit 43 cc. (2 gr.).  
Survie.

**EXPÉRIENCE 22.** — Lapin 1900 gr., reçoit 52 cc., 5 (2 gr. 5). Survie.

**EXPÉRIENCE 23.** — Lapin 1910 gr., reçoit 63 cc. (3 gr.).  
L'animal présente après l'injection des contractions toniques suivies de tremblement fibrillaire; dyspnée intense.  
Mort dans la nuit suivante.

**EXPÉRIENCE 24.** — Lapin, 1440 gr., reçoit 72 cc. (4 gr.).  
A noter quelques convulsions après l'injection de 35 cc.; puis l'animal redevient calme. Quelques heures après l'injection, l'animal a une dyspnée intense, il se couche sur le flanc.  
Mort dans la nuit suivante.

**EXPÉRIENCE 25.** — Lapin, 2060 gr., reçoit 90 cc. (5 gr.).  
A noter quelques convulsions après injection de 20 cc.; nouvelles convulsions suivies de dyspnée après 65 cc.; la dyspnée réapparaît de plus en plus intense après la fin de l'injection, l'animal se couche sur le flanc.  
Mort dans la nuit suivante.

Si nous récapitulons nos expériences, nous voyons que pour l'extrait aqueux, la dose de 1 gr. en dilution à 1/10 est toxique; et que la toxicité varie suivant l'état de dilution puisque les animaux résistent à 2 gr. en dilution à 1/15.

De plus la toxicité varie infiniment suivant le procédé de filtration utilisé; le filtre de porcelaine retient une grande partie des principes actifs et l'extrait obtenu par ce procédé a paru, d'après nos expériences, 12 fois moins actif que l'extrait filtré sur papier.

Les animaux injectés avec de l'extrait aqueux ont succombé immédiatement, ou presque, après l'injection; à l'autopsie pratiquée aussitôt après la mort, on trouvait des coagulations intra-vasculaires s'étendant parfois jusqu'aux veines sus-hépatiques. L'action toxique immédiate de l'extrait de muqueuse intestinale est donc une action coagulante, et la chose n'a rien d'étonnant étant donné le pouvoir coagulant très actif que possèdent les extraits de tissus: foie, rein, muscles, capsules surrénales, etc. (1).

Ce fait est encore confirmé par nos expériences 11 à 13. Si nous rendons le sang des lapins incoagulable par injection intra-veineuse d'extrait de têtes de sangsues, nous voyons ces animaux survivre à des doses de 2 et 3 gr. de muqueuse intestinale; nous les voyons résister aux accidents immédiats d'une dose 22 fois supérieure à la dose mortelle.

Cependant en dehors du pouvoir coagulant, il existe d'autres actions toxiques auxquelles il faut imputer la

mort survenue chez le lapin n° 13 dans la nuit qui suivit l'injection de l'extrait de 22 gr. de muqueuse.

L'extrait glyciné est moins toxique que l'extrait aqueux, puisque une quantité correspondante à 3 gr. de muqueuse est nécessaire pour déterminer la mort des animaux. Celle-ci en tous cas est beaucoup moins rapide et survient à la suite d'accidents dyspnéiques.

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 14 Mars 1902

Présidence de M. CURTIS.

### Hystérectomie abdominale pour infection puerpérale

**M. Le Fort** présente un utérus enlevé le 11 mars pour infection puerpérale. L'accouchement datait de trois semaines. La température de la malade variait de 39 à 41 degrés; frissons, hémorragies. Col mou, entr'ouvert, utérus gros. Du côté droit du vagin, on sentait de petits noyaux indurés. On fit un curettage qui ramena une muqueuse fortement malade et des mucosités d'odeur infecte. La fièvre persiste sans amélioration. Alors, on pratique l'hystérectomie abdominale totale. Elle est facile, mais l'hémostase est longue. Dans ces utérus mous, en effet, il est malaisé de pincer les vaisseaux. Les pinces lâchaient et tout se déchirait, même le péritoine, qui était sans consistance. La fièvre se maintient à 40 et 41°. Mort deux jours après, comme si l'on n'était pas intervenu.

Ces hystérectomies totales pour infection puerpérale ne se font pas fréquemment. **M. ROCHARD** a montré qu'on trouvait assez souvent, outre des abcès, des fragments de placenta qu'on ne peut enlever. C'est le cas ici: du côté de la corne droite est un fragment placentaire qu'il eût été dangereux d'enlever à la curette. D'où l'utilité réelle de l'hystérectomie dans ces cas.

**M. OUI** dit qu'il faut employer de très larges curettes, comme celle de Wallich, faite exprès pour les cornes.

**M. Le Fort** dit qu'on aurait perforé l'utérus, si on avait voulu pousser plus avant, car il était assez mou pour qu'on pût passer le pouce à travers sans effort.

### Périduodénite sténosante

**M. Folet** présente des pièces anatomiques provenant d'un homme opéré dans son service. Ce malade présentait des troubles dyspeptiques depuis douze à quatorze ans. Cela ressemblait au tableau de la sténose pylorique: dilatation de l'estomac, vomissements, maigreur extrême par inanition, teint addisonien. On croyait sentir à l'épigastre une tumeur médiane. Pas de glycosurie. Tous ces phénomènes se seraient installés à la suite d'un coup de brancard dans le ventre.

Gastro-jéjunostomie postérieure transmésocôlique. Lors

(1) Voir à ce sujet VAQUEZ, *Presse médicale* 1900, 22 déc.  
ARTHUS. *Soc. de Biologie*, fév. 1902.

te une induration ssements : on lui um. Autroisième pothermie : puis, me jour.

stabile. Le pylore sténose accentuée niveau, et il y s dur et très gros rgane le montre

ancréas au voisi-e évidente et très incréatite suppu-oi du duodénum. lu pancréas sont

aiteu obstruction scendante. — Les atites suppurées ix ; le cas donne nir tôt. Ce malade achectique.

atisme initial a iduodénite, d'où choledoque avec évolution lente a sclérose sous-

t d'un rétrécisse-e.

noviale de igts

nant d'un enfant 2 ans. Il en existe i croît à un kyste 1. Ici, il a fallu eur. Ces lipomes eue de la Suisse a pratiqué sans rs.

le lipome arbo-u a constaté huit

tion de LEGUEU sine de celle-ci.

istique des s à La Charite un épithélioma rus et enlevé par e 34 ans.

Ils joignent à cette observation le relevé de 203 cas de cancers utérins, entrés depuis onze ans à l'hôpital de la Charité. Tandis que les auteurs admettent, d'après les statistiques anciennes, que le maximum de fréquence des cancers utérins est entre 40 et 50 ans, il ressort de cette statistique de 1891 à 1901, que le maximum est entre 35 et 45 ans (44 % des cas).

**M. Surmont** dit que les statistiques ont le défaut de ne pas tenir compte du nombre des individus vivants à un âge donné.

**M. Drubert** reconnaît le fait, mais dit que sa statistique peut être sans erreur comparée aux autres qui ont été établies dans les mêmes conditions.

**M. Charneil** dit que si on trouvait jadis moins de cancéreux jeunes, c'est qu'on faisait moins bien le diagnostic.

**M. Folet** est d'avis que la précocité de cancer augmente depuis vingt cinq années.

**M. Charneil** fait intervenir les modifications dans la population gynécologique des hôpitaux.

**M. Surmont** dit qu'on aurait les mêmes résultats pour la précocité en ce qui concerne le cancer de l'estomac.

**M. Curtis** rappelle l'opinion de KELSCH, qui, en 1881, disait que le cancer se voit chez les jeunes gens. ROKITANSKI le pensait déjà. C'est là une notion qui se répand de plus en plus et qui n'était pas acquise anciennement,

#### Sclérose du pancréas avec kyste

**M. Curtis** présente des corps d'un pancréas provenant d'une femme morte de tuberculose, au cours d'un diabète maigre.

La queue de l'organe est transformée en une cavité kystique, d'origine canaliculaire ; kyste séreux par rétention.

La tête de l'organe est presque normale : il existe de la sclérose péricanaliculaire, périvasculaire et parfois périacineuse. Cela n'expliquerait pas le diabète, mais on constate la disparition d'une quantité d'îlots de Langerhans, dont quelques-uns en outre sont sclérosés. Cette lésion si spéciale vient à l'appui de l'hypothèse qui ferait de ces îlots les générateurs du ferment glycolytique.

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

**Traitement des maladies contagieuses de l'appareil générateur**, par le docteur F. BURER, secrétaire général de la Société de médecine de Paris. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 1902

« Lorsque le fait qu'on rencontre est en opposition avec une théorie régnante, il faut accepter le fait et abandonner la théorie, lors même que celle-ci, soutenue par de grands noms, est généralement acceptée. » En empruntant à Claude BERNARD cette phrase de son *Introduction à la médecine expérimentale* et en l'insérant dans son avant-propos, l'auteur a voulu caractériser son œuvre ; il s'est aussi caractérisé lui-même.

Le livre du docteur F. BURR, est un guide pratique. c'est-à-dire un résumé des théories émises sur la vénéréologie avec la critique de chaque formule, il est écrit par un indépendant ; et déplaire ou ne pas déplaire à tel grand personnage médical est le cadet de ses soucis. Aussi, nombre des pratiques thérapeutiques bien qu'émanées de sommités médicales, sont-elles exécutées par lui sans restrictions, parce qu'il les croit susceptibles de reproches. Au reste, le cadre du travail en dit plus long qu'une longue analyse : bases fondamentales du traitement des maladies contagieuses : examen critique des formules les plus usuelles ; injections massives des sels hydrargyriques insolubles simplifiées et rendues pratiques ; manuel opératoire très détaillé de ces injections ; grands lavages au permanganate de potasse, nombreuses observations et anecdotes médicales.

Peut-être le lecteur trouvera-t-il que pour un indépendant, l'auteur est resté bien classique, j'allais dire bien retardataire.

Dr F. C...

## VARIÉTÉS & ANECDOTES

Nous trouvons dans un journal politique l'anecdote suivante :

Un enfant avait été mordu par une vipère, et comme le médecin compte plus cher que le sorcier, ses parents avaient fait appel à celui-ci. Il était venu, avait fait quelques contorsions accompagnées de signes de croix, avait marmotté quelques prières, prescrit l'application d'une grenouille vivante sur la plaie et... le malade avait expiré quelques heures plus tard.

Cela étonne le reporter qui accompagne ce fait divers d'une foule de considérations sur les erreurs et les préjugés des gens de la campagne.

Il faut cependant accorder que des histoires analogues se passent tous les jours dans les centres les plus éclairés. Il me souvient pour ma part, et je pense que d'autres praticiens ont dû rencontrer la même superstition, avoir trouvé des enfants atteints de diphtérie, le cou entouré d'un sac contenant des vers de terre, remède souverain contre les bacilles de LOEFFLER.

Et cela non pas chez des pauvres ignorants mais, une fois même, dans une famille appartenant à ce qu'on appelle « le monde ».

Et les colliers de perles d'ambre pour protéger les convulsions, sans compter les amulettes de toute espèce dont on couvre les gosses comme moyen prophylactique.

Tentez un bain dans la fièvre typhoïde ou un enveloppement humide dans les accidents pulmonaires, suite de rougeole, et, si vous n'êtes par armé d'une bonne arme à feu, vous risquez fort d'être assassiné après un passage à tabac par les bonnes femmes du voisinage.

Celles-ci auront des remèdes souverains contre tous les maux, depuis les engelures que l'on guérit par un mani- ou un pédiluve dans le liquide excrété par les reins, jusqu'au

nœud fait de la chevelure des parturientes hémorragiques des couches.

Et si nous avons l'audace de protester, peut-être étrange, on daigne quelques-uns écouter mais on ne continue pas d'être étranges, alors que nos conseils sont :

Au début le médecin a la naïveté de laisser dire et il n'en continue pas moins à faire, sans s'arrêter à vouloir combattre.

La philosophie vient tout doucement, à l'exemple de quelques-uns, entraine le charlatanisme, se laisse aller à quelque chose que je connais, du jus de rendre au sang ses globules rouges.

Ne croyez pas à une plaisanterie, le fait est là.

Si nous obéissons au même principe dont je parle, nous pourrions traiter le malade avec le marteau ou de la pince, détruire le mal avec le feu. Cette thérapeutique simpliste a eu grand succès auprès du client qui a une très grande foi aux moyens qui servent à son intelligence.

Chose curieuse : des ingénieurs, des scientifiques, qui brillent chacun dans sa spécialité, sont souvent d'une crédulité étrange vis-à-vis des sorciers ou gens de même espèce et de même crédulité vis-à-vis de médecins qu'ils considèrent comme des intellectuels supérieurs.

Cette mentalité s'explique, peut-être par la crainte de la maladie aveugle le bon sens. C'est tout au moins à supposer. Quant au vieux dicton : Bien faire et laisser dire.

## NOUVELLES & INFO

Les travaux préparatoires du XIV<sup>e</sup> Congrès de médecine qui doit avoir lieu à M... du 23 au 30 avril 1903 se poursuivent.

Dans presque tous les pays d'Europe des comités nationaux de propagande se sont constitués. Le ministre des affaires étrangères d'Espagne a invité les gouvernements à se faire représenter. Une invitation analogue a été envoyée à toutes les écoles de médecine, etc., ainsi qu'aux sociétés médicales de tous les pays. Parmi les inscriptions qui, jusqu'à présent, sont parvenues au comité général, figurent déjà 85 délégués. La participation à ce Congrès ne sera pas celle des Congrès passés.

L'organisation scientifique ne promet pas de bons résultats. Parmi les illustrations mé



«ét, citons PAWLOV, VER, GAJAL, etc. — toutes arrêté leurs ner les rapporteurs inaire qui va être n outre des thèmes ontété annoncées. faites pour obtenir de navigation les lié ntérieurement. nchés par leurs Madrid, peuvent eux les y attend ; nime tout le corps

que l'année précé-  
t général, MM. les  
me membres, sont  
en joignant à leur  
pesetas (23 fr. 25,

#### Évoyance ins de France

tre de M. le secré-  
contre le refus de  
as voulu accepter  
es renseignements  
ciation de la Loire-

et a envoyé à M. le  
s qui modifient les  
nt l'exclusion des  
ranger à la profes-

ement une entre-  
ions de prévoyance  
le l'Intérieur cette  
rière assemblée.

ayer, sauf le cas  
société de secours  
Il pense donc que  
été prononcée doit

gers, demande les  
'une société locale  
crire à la Société  
taire du Jura, de-  
t mentionnent ex-  
oudra être admis  
résidence soit tenu  
s des membres du

bureau de sa société locale et déclarant ne pas s'opposer à son admission. »

M. LEREBoullet a répondu que la mesure proposée par M. BILLON était excellente, mais qu'il n'était point nécessaire, pour la faire adopter, de modifier nos statuts. Il suffira d'en aviser les sociétés unies. Cette réponse est approuvée par le Conseil.

M. PHILBERT communique deux lettres de confrères, qui ayant lu les comptes rendus du Conseil général demandent à faire partie de l'Association.

M. BLACHE annonce qu'il a reçu notification de l'approbation des nouveaux statuts modifiés le 10 novembre dernier.

Le Conseil fixe l'ordre du jour de la séance annuelle des 6 et 7 avril et vote sur la désignation des nouveaux membres du Conseil qui seront présentés au vote de l'Assemblée générale.

Il est décidé que la séance du dimanche sera consacrée non seulement à la lecture des rapports statutaires, mais à la discussion des questions mises à l'ordre du jour ; par conséquent cette séance ne sera point publique, mais réservée aux membres du Conseil général et aux délégués des sociétés unies. Dans la séance du lundi on continuera la discussion des questions mises à l'ordre du jour. Le banquet aura lieu le dimanche. Une réception ouverte aura lieu chez M. le président BROUARDEL, le lundi.

Le Conseil examine ensuite les statuts de la Mutuelle médicale de Saumur et de la Caisse de retraites que propose de fonder la société de l'Isère. Il est d'avis de ne pas conseiller aux membres de l'Association leur adhésion à ces œuvres.

M. le Trésorier a reçu l'état de la situation financière de l'Association amicale. Cet état, ainsi que le résumé de la Caisse des retraites, figureront à l'Annuaire.

M. le Trésorier rend compte des achats de rentes qu'il a effectués avec le produit de la vente de la ferme de Montsoutin, provenant du legs MARJOLIN.

Des subventions s'élevant à 700 fr. sont votées à la société de la Dordogne et à celle de Toulon.

M. SAINTON demande des instructions au sujet du rapport sur les pensions de retraites. Le conseil décide que toutes les pensions seront portées à 800 fr.

M. de RANSE fait part des études qu'il a entreprises pour établir le prix de revient d'un bulletin de l'Association. Cette question sera discutée à la prochaine séance, et fera l'objet d'un rapport à l'assemblée générale des 6 et 7 avril.

Le docteur G. DELARUE, député, a déposé sur le bureau de la Chambre (séance du 21 février 1902), une proposition de loi portant suppression des dispositions de l'article 909 du Code civil frappant d'incapacité successorale les médecins, chirurgiens, officiers de santé et pharmaciens.

De l'exposé des motifs, nous extrayons le passage suivant, qui rend justice au corps médical.

L'article 909 consacre une vieille iniquité puisée par nos légistes dans l'ancien droit dont ils ne se sont jamais dégagés, aggravée encore par les rédacteurs du Code, puisque la jurisprudence antérieure à la Révolution décidait que « les libéralités faites aux médecins doivent être annulées, mais seulement quand il ne paraît pas qu'ils soient les plus proches parents ou les amis intimes du testateur. »

Votre opinion est faite, Messieurs, j'en suis convaincu, nous nous trouvons en face d'une iniquité vieille de bien des siècles, et nous savons que rien n'a été plus dure qu'une injustice qui est en même temps une ingratitude.

Le corps médical est composé d'hommes honorables et dévoués, qui, après des études longues, fatigantes et coûteuses, doivent se créer eux-mêmes une position qui sera brillante pour quelques-uns, médiocre pour le plus grand nombre, pénible et rude pour tous.

Constamment exposés aux maladies les plus graves, à la mort même, ces hommes se contentent d'un salaire misérable, et, bien souvent, ils ne retirent de l'exercice de leur profession que la satisfaction du devoir accompli.

La Société fait un perpétuel appel à leur dévouement ; qu'il vienne de l'Etat, des départements, des communes ou des particuliers, cet appel est toujours entendu ; s'ils réclamaient la rémunération légitime de leur travail, vous seriez dans l'impossibilité d'assurer le fonctionnement de vos services hospitaliers et l'exécution de vos lois d'assistance.

Alors que vous augmentez tous les traitements des fonctionnaires, que les retraites subissent des accroissements qui submergeront le budget, on n'inscrit même pas quelques francs au milieu de ces centaines de millions pour venir en aide à de vieux médecins qui ont consacré quelquefois quarante ans de leur vie au service de leurs semblables, et qui n'ont en perspective, quand la vieillesse leur rend le travail impossible, que la misère avec son cortège de lamentables souffrances.

Et la loi, en échange de leurs services qui sont la plupart du temps fort mal rémunérés, leur fait l'injure de les suspecter tous d'être capables d'un véritable crime, en abusant de l'empire qu'on leur prête sur leurs malades pour capter leur fortune, en leur imposant malgré eux leurs dernières dispositions testamentaires. Pourquoi, à notre époque, où tant de gens préfèrent leurs intérêts à leur santé, la loi n'a-t-elle pas infligé la même suspicion et le même traitement aux hommes d'affaires, notaires, avoués ou avocats, qui exercent une influence autrement grande sur leurs clients que les médecins sur leurs malades ?

C'était du reste ce qu'avait fait l'ancienne jurisprudence.

Rien, je le répète, ne peut expliquer cette mise hors du droit commun des médecins, si ce n'est une pensée mauvaise qui s'est perpétuée à travers les âges.

Quant aux pharmaciens, ils n'ont pas à soigner les malades, ils se contentent de délivrer les médicaments prescrits par les médecins, la loi aurait pu s'appliquer aux apothicaires d'autrefois, elle retarde de plus d'un siècle.

Je suis convaincu que la Chambre tiendra à honneur d'effacer du Code une injure légale, qui atteint toute une catégorie de citoyens dont la probité et le désintéressement ne méritent pas un semblable traitement.

En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à la Chambre la disposition suivante qui prendrait place dans l'article 909 du Code civil.

#### PROPOSITION DE LOI

Article unique. — « L'incapacité édictée par l'article 909 du Code civil est abrogée, en ce qui concerne les médecins, chirurgiens, officiers de santé et les pharmaciens. »

#### UNIVERSITÉ DE LILLE

Les **Congés de Pâques** commenceront le samedi soir 22 mars pour prendre fin le lundi matin 8 avril.

— Dans sa séance du 20 février, le **Conseil de la Faculté** avait présenté, pour la chaire de pathologie interne vacante, en première ligne M. le professeur agrégé **CARLIER** par 11 voix contre 7 à M. **PHOCAS** et 1 abstention sur 19 votants; en seconde ligne M. le professeur agrégé **PHOCAS** par 10 contre 4 à M. **GAUDIER** et 5 abstentions, en troisième ligne M. le professeur agrégé **GAUDIER** par 14 voix sur 15 votants. Le **Conseil supérieur de l'Instruction publique** a présenté les candidats dans le même ordre à la nomination de M. le Ministre de l'Instruction publique et M. le professeur agrégé **CARLIER** a été nommé professeur par décret du 18 mars.

Nous avons plaisir à saluer de nos vives et sincères félicitations l'accession de notre collègue **CARLIER** au professorat. Le talent de parole et les qualités d'opérateur de notre collègue sont connus de tous : il nous est agréable de rappeler aussi ses qualités d'homme privé et de médecin exerçant. La rédaction de l'*Echo Médical du Nord* se réjouit plus particulièrement de cette nomination et adresse au professeur **CARLIER** ses plus chaleureux compliments.

**Distinctions honorifiques.** — Par suite de la regrettable omission d'un compositeur, le nom de M. le docteur **DELHAYE**, de Solesmes, n'a pas figuré parmi ceux des confrères que nous félicitons il y a quelques jours de leur nomination au grade d'*Officier d'académie*.

#### SOUTENANCE DE THÈSE

M. A.-G. **DUPONT**, de Lille (Nord), externe des hôpitaux de Lille, pharmacien de 1<sup>re</sup> classe, a soutenu, avec succès,



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : L'asphyxie des extrémités, envisagée comme symptôme d'insuffisance rénale, par les docteurs **Léon Ingelrans** et **Georges Dubiquet**.

## TRAVAUX ORIGINAUX

L'asphyxie des extrémités,  
envisagée comme symptôme d'insuffisance rénale

Par les docteurs

**Léon Ingelrans** et **Georges Dubiquet**

Dans un récent travail, **M. MARC GIBERT** (thèse de Paris, 16 mars 1899), établit qu'il y a des rapports étroits entre certaines néphrites et la maladie de **RAYNAUD** ; et il met ces deux affections sous la dépendance d'une cause commune. La première de ces propositions est indéniable ; les faits sont là pour l'établir et nous en donnerons un nouvel exemple ; — quant à la seconde, si elle peut être vraie dans certains cas, nous ne pensons pas qu'elle exprime toute la vérité ; nous croyons au contraire que, quelquefois, l'asphyxie des extrémités relève de la néphrite, et non pas que toutes deux soient alors les conséquences d'un même facteur causal. C'est à étayer cette manière de voir que nous voulons consacrer cet article.

Le malade que nous avons observé et les observations analogues à la sienne nous ont convaincu de l'intérêt qui s'attache à ce sujet. Nous pensons être dans la réalité en les présentant comme nous venons de le dire et en les plaçant dans ces rapports réciproques. Assurément, tous les cas de maladie de **RAYNAUD** ne reconnaissent pas une origine toxi-rénale,

mais nous voulons uniquement indiquer une possibilité qui se réalise à coup sûr plus d'une fois.

### I

Dans sa monographie, qui date de 1862, **MAURICE RAYNAUD** s'exprime ainsi : « Je me propose de démontrer qu'il existe une variété de gangrène sèche, affectant les extrémités, qu'il est impossible d'expliquer par une oblitération vasculaire ; variété caractérisée surtout par une remarquable tendance à la symétrie, en sorte qu'elle affecte toujours des parties similaires, les deux membres supérieurs ou inférieurs, ou les quatre à la fois, plus, dans certains cas, le nez et les oreilles, et je chercherai à prouver que cette espèce de gangrène a sa cause dans un vice d'innervation des vaisseaux capillaires. » En 1874, le même auteur publia un nouveau mémoire sur la nature et le traitement de l'asphyxie locale des extrémités, dans lequel il décrit six nouveaux cas ne comportant pas de gangrène.

Il s'agit donc d'une maladie gangréneuse, précédée d'une phase d'asphyxie des extrémités, qui représente le premier stade de la maladie, *stade auquel elle peut d'ailleurs s'arrêter*.

Tous les observateurs sont d'accord sur ce fait que les femmes sont atteintes de préférence aux hommes. **RAYNAUD** trouve parmi ses malades quatre femmes sur cinq. C'est le chiffre indiqué par **GRASSET** (*Maladies du système nerveux*) et **WARREN** (*Boston med. and surgic. Journal*, 1879, I, p. 25). **MORGAN** compte plus tard 54 femmes contre 39 hommes (*Lancet*, 1889, II), ce qui est sensiblement différent. **CASSIRER** indique 62 pour cent de sujets du sexe féminin, et **MONRO** arrive aux mêmes chiffres (*Raynaud's disease*, Glasgow, 1899). La moindre prédisposition de l'homme n'est donc pas si accentuée que le croyaient les auteurs du début.

En ce qui concerne l'âge, **RAYNAUD** signale l'asphyxie

is. Quelques cas sur-  
quarante ans, ils sont  
ent des observations  
(93) CASSIRER note les  
de 168 faits :

.	.	22
.	.	8
.	.	25
.	.	40
.	.	27
.	.	28
.	.	10
.	.	6
.	.	2

ie comporte le maxi-  
e plus précoce : c'était  
de Greifswald, 1889).  
die de RAYNAUD débu-  
(*American Journal of*  
RENON et FOLLET l'ont  
*médicale*, 1898, p. 286).

est, à coup sûr, une  
utefois, plus de trois  
publiées et l'on ne  
ffrent quelque parti-

Il n'est pas douteux  
e, en ce qui se rap-  
les formes atténuées

MONRO en compte à  
es ; sur 7000 malades  
ASSIRER en note cinq,  
agnait-il de gangrène.  
elles on s'expose au  
pécialement frappées.  
tête. RAYNAUD, dans  
omme qui travaillait  
lié un fait similaire  
(221).

uente en Allemagne  
l'hérédité est possible,  
IEGG, COLMAN, MORIEZ,  
exemple, trois frères  
(*Centralblatt für Chi-*  
vropathique constitu-  
t à n'en pas douter.

, on note des affec-  
si, dans une observa-  
morte d'une affection  
a une hystérie grave,  
cès de mélancolie, un  
se intermittente. Chez  
est alcoolique, la mère  
que. L'hérédité directe  
RAYNAUD dans l'obser-  
l'enfant d'une de ses  
: locale jusqu'à cinq  
a mère d'une de ses  
is sa jeunesse. Chez  
) c'est le père et les  
pris et on en possède

RAYNAUD attachait une importance considérable à la menstruation. Il pensait que l'interruption des règles était souvent à la base de la maladie et qu'une grande amélioration, et même la guérison, survenait quand les règles reapparaissaient. Cette opinion est possible, mais nullement démontrée. Les excès sexuels semblent avoir joué un rôle causal dans une observation de SGANGA (*Riforma medica*, 1893).

Tout récemment BRASCH signale l'influence du traumatisme (*Berl. Gesellsch. für Psych.*, 1899). — La chlorose et l'anémie sont incriminées par beaucoup : nombre de malades ont une santé précaire. Les grandes fatigues corporelles interviennent aussi quelquefois, comme l'a vu MYRTLE, chez un colonel de 46 ans, qu'il fallut amputer pour gangrène, à la suite de surmenage physique considérable (*Lancet*, 1863).

La fatigue intellectuelle ne laisse pas non plus que d'amener parfois cette asphyxie, au moins est-ce probable. Il en faut dire autant des émotions et des frayeurs. Ainsi DEFRANCE signale un enfant de huit ans qui a un accès après une excitation un peu vive (thèse de Paris, 1895). Une femme, vue par DEBIO, entre d'emblée dans la maladie dont nous parlons, après une tentative de viol (*Deuts. Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1893, p. 1).

L'influence passagère ou durable du refroidissement et de l'humidité a été notée plus haut. Très fréquemment, les gens qui sont atteints plus tard d'asphyxie des extrémités manifestent auparavant une excessive sensibilité au froid. Pour LEGROUX (*Ann. de dermatol.*, 1892, p. 184); les engelures et la maladie de RAYNAUD sont deux degrés de ce qu'il nomme dystrophie nécropathique. Nous n'avons pas à discuter cette opinion ; en tout cas, la première atteinte arrive assez souvent en hiver. Le cocher dont parle URBANTSCHITSCH (*Gesellsch. der Aerzte in Wien*, 30 mai 1890) devient malade après avoir été exposé à une violente tourmente de grêle.

A côté de cela, on ne doit pas oublier que RAYNAUD a vu les premiers symptômes apparaître pendant la canicule. — Les applications chaudes sur les mains sont même de nature à augmenter parfois les accidents. TANNAHILL (*Glasgow med. Journ.*, 1888) note l'asphyxie apparaissant après un bain chaud ; PASTEUR (*Lancet*, 1889) cite un cas analogue.

Cette revue étiologique n'est pas encore terminée. Les maladies infectieuses et les intoxications y revendiquent une place notable. La notion du paludisme a été introduite par RAYNAUD, et confirmée par DUROZIEZ et CALMETTE (*Rev. de méd. milit.*, 1877). La grippe peut entraîner cette névrose vaso-motrice : on la trouve indiquée par FAURE-MILLER, par DARDIGNAC (*Revue de chirurgie*, 1892) par LAURENTI (*Riforma medica*, 1894). Même influence de la dothiéntérie (RICHARD, *Union médicale*, 1889), du typhus (FISCHER, *Arch. f. klin. Chir.*, 1875), de la diphtérie (POWELL, *Brit. med. Journ.*, 1886), de l'érysipèle, de la fièvre puerpérale, de la scarlatine (CHEVRON, thèse de Paris, 1899), de la lèpre (ZAMBACO, POTAIN).

L. LÉVI (*Arch. de neurol.*, 1895) a montré la fréquence, dans les antécédents, du rhumatisme articulaire aigu. On signale encore la tuberculose (RENON :

Congrès de Paris, 8 août 1900 ; URQUHART ; SÉE ; BYERS ; *Lancet*, 26 août 1899), la syphilis, la leucocythémie. La gangrène symétrique peut dépendre de l'alcoolisme (LANCEREAUX, *Union. méd.* 1881), du saturnisme, nous l'avons dit, du diabète, de l'ergotisme (EHLERS), de l'intoxication par la caféine (COMBEMALE, *Echo méd. du Nord*, 23 juillet 1899). Les cardiopathies, les artérites, l'artériosclérose (BOUVERET, *Lyon méd.*, 1884), les péricardites (WIDAL) sont mentionnées.

En terminant cette très longue liste de causes réelles et supposées, un mot de la coïncidence avec d'autres lésions du système nerveux et avec l'hystérie. L. LÉVI a, en effet, décrit une forme hystérique du syndrome en question. On l'a vue associée à la paralysie générale (ISCOVESCO, *Soc. de biol.*, 1894) au mal de Pott avec compression médullaire, à l'épilepsie (FÉRÉ, *Iconogr. de la Salpêtrière*, 1891, et *Revue de méd.* 1892) au tabes (KORNFELD, *Wien. med. Presse*, 1892), — à la lypémanie (TARGOWLA, *Ann. med. psych.* 1892), à la folie dépressive (RITTI, *id.*, 1882), à la syringomyélie (GOWERS), aux névrites périphériques, à l'hydrocéphalie (BARLOW : *Albutt's system of medicine*, VI, 1899).

Comment se présente donc en clinique cette maladie si étrange d'allure et si caractéristique d'ordinaire ? En voici le tableau habituel :

Elle se compose de trois actes successifs, dont le dernier, on l'a vu, n'est pas toujours atteint : la syncope locale, l'asphyxie, la gangrène.

D'abord, la syncope. L'extrémité attaquée devient pâle, d'un blanc mat : la sensibilité disparaît peu à peu pour le tact et la douleur. Seule, la sensation de température persiste. Une parésie marquée accompagne ces signes. Ceci arrive par accès qui durent des minutes ou des heures. Vient ensuite la réaction avec sensation d'onglée.

Très souvent se montrent à cette période des sensations paresthésiques et des douleurs. L'accès peut se répéter plusieurs fois, même vingt à trente fois par jour. La seconde phase, dite asphyxie des extrémités, succède à la précédente et peut alterner avec elle. C'est alors la teinte cyanique qui se produit, soit blanc bleuâtre, soit violette, soit ardoisée, noirâtre, comparable à une tache d'encre (WEIS denomme ceci cyanose régionale, LAVERAN dit acrocyanose, HUTCHINSON acroasphyxie). A ce moment, la pression détermine une tache blanche qui met longtemps à s'effacer. Près des ongles, la teinte foncée est encore plus prononcée qu'à la racine des doigts. Cette coloration peut arriver subitement ou petit à petit. — Parfois, on note du gonflement des tissus avoisinants. Quand l'asphyxie s'étend à l'avant-bras ou à la jambe, on voit des réseaux bleuâtres sur ces régions, semblables à ceux qu'on connaît chez les femmes qui se servent perpétuellement de la chaufferette.

Le gonflement est un symptôme quasi constant de la phase asphyxique, tandis qu'au contraire lors de la syncope, il semble que le volume de la partie malade soit amoindri. LAVERAN a mesuré la troisième phalange du médium droit pendant l'asphyxie et a trouvé six centimètres et demi ; après l'accès six centimètres (*Ueber locale Asphyxie*. Strasbourg, 1884). Ce gonflement n'est

pas œdémateux, on n'y peut

La température a été également trouvée par exemple, au bras 31° 8, à la main 30°, aux doigts 13° 1/2 à la main et 13° 1 aux doigts. La température de la salle était 18°. Les connaissances médicales de N. NAUD) HÖSSLIN (*Munch. med. W.*) mesures thermométriques : il y a des régions atteintes est extrêmement inférieure de quatre degrés. Après l'accès, on peut de vingt degrés en plus.

On voit des malades plonger l'eau à 40 degrés et les conservent. BERNHARDT pique une main avec une goutte de sang noir ; de l'autre le sang est rutilant (*Archiv für*).

Ceci s'accompagne de douleurs brûlures, élancements, fourmillements, attouchements et les pressions absolues : le malade ne peut plus. L'un de nous a présenté, le *Société centrale de médecine du Nord* est parfois obligée de se mettre à terre sur la tête, faute de pouvoir d'attache lorsque personne près.

Au bout d'un temps variable les taches sont d'abord noires, puis rouges. Peu à peu, elles redeviennent normales, ou bien en restent. Nous devons signaler ici que l'asphyxie d'emblée, sans avoir été précédée de syncope. Weiss compte 12 de ces cas sur 100.

Le pouls devient petit et s'atténue, tant que dans l'intervalle des accès spasmodique des parois de l'artère thermie permanente de la main, la dilatation qui succède immédiatement le pouls prend une amplitude normale (Paris, 1895). Les veines régionales sont gonflées de sang noir.

La durée de l'asphyxie peut varier de quelques instants. Elle peut aussi se reproduire une ou plusieurs fois, ou ne se représenter qu'à de rares intervalles.

En dernier lieu on décrit la gangrène, non plus seulement des extrémités, mais de troubles trop types, elle naît à la suite des accès que nous venons d'indiquer. Ce sont des bulles, remplies d'une sérosité trouble, contenant du sang noirâtre. Elles crèvent et des excoriations et des ulcérations de la peau se détachent d'emblée.

La gangrène se présente sous forme de phlyctènes, parcheminement, et les ulcérations se sont cicatrisées et la peau conique se constitue, juste au-dessus de l'ongle. Petit à petit, la peau se recouvre de nombreuses cicatrices blanchâtres, les ongles peuvent tomber ; la peau

troubles associés. L'appétit est conservé, la respiration est facile.

Raynaud signale expressément l'intégrité du cœur et des vaisseaux.

L'affection dont nous venons d'exposer les grandes lignes procède par accès qui se renouvellent pendant une durée fort longue. En ce qui concerne la syncope vasculaire, c'est-à-dire la première étape, il est des exemples où elle a été ininterrompue pendant huit ou dix jours, sans aller plus loin (LAMOTTE et VOLPIUS).

La symétrie, qui est de règle, ne veut pas dire multanéité. Dans ce cas d'HALLOPEAU, les troublesurent six mois d'un côté avant d'envahir l'autre (*Ann. de dermatol.*, 1894) — Très généralement aussi,

la terminaison est favorable, même quand il y a gangrène. La sclérodermie peut terminer le processus de RAYNAUD ; la place nous fait défaut pour insister sur ce point.

Des troubles associés, différents de la sclérodermie, sont assez fréquents. MOREL-LAVALLÉE a observé une femme atteinte d'érythromélgie avec paroxysmes aux mains et qui tout l'hiver souffre d'asphyxie. STAIN (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1897) publie un article sur la maladie de RAYNAUD existant d'un côté du corps et l'érythromélgie de l'autre. — On trouve aussi dans le domaine oculaire des mouches volantes et on peut constater le spasme concomitant des artères rétiniennes. — Dans un autre ordre d'idées, l'hémoglobinurie est parfois associée. La première remarque à ce sujet a été faite par HUTCHINSON (*Medic. Times*, 1871) ; viennent ensuite WILKS (*idem*, 1879) ; SOUTHEY, DICKINSON, DRUITT (*idem*, 1873) ; BÉRCROMBIE (*Arch. of pediatrics*, 1886) ; MYERS, BEALE, et BRANDT (thèse, Paris, 1895) ; DEFRANCE, HAIG (*Transact. of med. soc. of London*, 1892) ; BARLOW, HASTOWE et COPEMAN (*Medic. soc. proceed.*, 1889) ; ORGAN, OSLER, TANNAHILL, WARREN, DYCE DUCKWORTH, et HENRY. Dans tous ces cas, l'hémoglobinurie a été bien et dûment constatée : il semble y avoir plus qu'un rapport de coïncidence entre les deux symptômes et nous rappelons tous ces noms parce que notre pensée roule sur un sujet voisin, les rapports de l'asphyxie des extrémités avec les néphrites.

D'autres complications, moins intéressantes, à coup sûr, existent ; mais nous les laisserons. Il est temps de dire deux mots des formes de la maladie de RAYNAUD. Une forme atténuée se voit souvent ; elle est fréquente, ainsi qu'une forme moyenne dont nous venons de donner une idée. La forme compliquée est celle qui, au lieu de se terminer par gangrène, tourne à la sclérodermie (FAVIER, thèse de Paris, 1880). Enfin, BRENGUES (thèse de Paris, 1896) décrit des formes graves. — Comme évolution, l'intermittence domine la scène. On a des accès trois ou quatre fois en quelques années. A côté de ceci, la forme continue existe, pouvant durer neuf ans, comme l'a vu HUMPHREY (*Brit. med. Journ.*, 1890). Les formes intermédiaires se conçoivent et existent ailleurs.

*Anatomie pathologique.* — Dans l'esprit de son auteur, ce type morbide se caractérise par l'absence absolue de lésions vasculaires ou nerveuses. On a



entrepris de multiples recherches histologiques sur ce point de la pathologie, mais on doit avouer, avec DEHIO, qu'on n'a point encore pratiqué un examen suffisant des tissus qui peuvent être en jeu dans la maladie de RAYNAUD. Aucun des résultats négatifs n'a trait à un cas assez typique pour qu'avec une absolue sécurité on puisse déclarer que c'est une pure névrose. Aucun des résultats positifs ne permet de certifier que la lésion est bien telle ou telle. Les uns ont constaté des altérations du système nerveux central ou périphérique, les autres des altérations du système circulatoire. Nous pouvons nous dispenser de citer même toutes les opinions sur le sujet, mais on comprend que la pathogénie demeure bien obscure, puisque toute base lui manque ; sur cette pathogénie, cependant, on est en droit d'édifier quelques hypothèses.

RAYNAUD interprétait la maladie par une théorie centrale : névrose, disait-il, caractérisée par l'exagération du pouvoir excito-moteur des parties centrales de la moelle présidant à l'innervation vasculaire. L'interruption de l'afflux du sang dans les petits vaisseaux serait le résultat d'un spasme produit par l'excitation des vaso-moteurs. Les artérioles resserées empêchent l'arrivée du sang dans les capillaires. Les veinules en se resserrant envoient leur sang dans les veines plus grosses. Si la constriction des artérioles persiste, tandis que celle des veinules cède, alors le sang noir reflue dans les capillaires, d'où asphyxie locale. — A cette théorie, VULPIAN a opposé la théorie périphérique. Une vaso-constriction énergique serait amenée par l'excitation des nerfs cutanés et produite par les ganglions situés sur le trajet des fibres vasomotrices à peu de distance de leur terminaison.

On en est resté là pour la physiologie pathologique de l'asphyxie des extrémités. On a parlé de bien d'autres choses, même de microbes : rien de moins établi.

CASSIRER écrit : « Des parties définies du système nerveux (voies et centres vasomoteurs trophiques) se trouvent dans un état d'excitabilité intense. Cet état peut dépendre d'une anomalie congénitale qui est souvent liée à l'hérédité-névropathique. Il peut se développer à la suite d'influences nocives longues et répétées, comme le refroidissement habituel, les maladies rhumatismales, etc. Cette hyperexcitabilité peut être provoquée aussi sans aucune prédisposition, soit directement à la suite d'infections et d'intoxications, soit d'une façon réflexe par lésion des organes périphériques, souvent des vaisseaux, plus rarement des nerfs. » (*Die vasomotorisch-trophischen Neurosen*, 1901).

On écrirait des volumes sur ce sujet. Il faut se borner ; nous en avons dit assez dans cette vue d'ensemble pour permettre un diagnostic souvent aisé de la maladie. On la distinguera de l'onglée qui lui est identique, mais qui est passagère et toujours liée au refroidissement excessif.

Les engelures sont des plaques violacées, persistantes, dont la différenciation d'avec l'asphyxie des extrémités est quelquefois impossible, à telle enseigne que certains ont soutenu leur quasi-identité.

L'acroparesthésie de SCHULTZE (*Deuts. Zeitsch. für*

*Nervenheilk*, 1892) ne se traduit pas par des douleurs, des troubles vaso-moteurs, tout au moins dans sa forme classique. — La maladie de MORVAN s'installe lentement, dure de longues années, débute souvent par une extrémité, s'accompagne de panaris indolores, avec dissociation syringomyélique de la sensibilité, avec amyotrophie, chute des ongles, nécrose osseuse, etc.

Signalons encore comme cause d'erreur possible les névrites périphériques, l'œdème bleu hystérique, la cyanose congénitale, la gangrène sénile, les endartérites, l'ergotisme gangréneux, etc. On ne peut tout citer.

L'asphyxie des extrémités ne menace pas la vie de son porteur, au moins directement. Pour la guérison, c'est autre chose : des patients guérissent après un temps plus ou moins long, d'autres souffrent des années ou toute leur existence. La présence du stade gangréneux assombrit naturellement le pronostic.

Le traitement prophylactique et le traitement causal dominant tout. On s'efforce de remonter l'état général et de lutter contre le tempérament névropathique héréditaire ou acquis. On évite l'action locale du froid, on emploie localement les frictions excitantes et les lotions froides, les liniments laudanisés ou chloroformés : enfin RAYNAUD a obtenu des résultats encourageants du traitement électrique.

## II

On vient de voir toute une série de causes attribuées à plus ou moins juste titre à la maladie de RAYNAUD, ainsi qu'une notable quantité de maladies diverses auxquelles on l'a trouvée associée. Nous avons à dessein négligé de signaler l'albuminurie. Nous allons à présent étudier à part les relations de l'asphyxie des extrémités avec les affections rénales.

A la séance du 27 février 1880 de la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, M. DEBOVE lut une communication concernant une femme de 24 ans atteinte d'abord d'œdème très considérable, de dyspnée et d'ascite. Peu de temps après surviennent des attaques d'urémie convulsive ; plus tard enfin, gangrène symétrique des doigts de la main. A ce moment, on note de l'albuminurie et un bruit de galop ; la malade meurt, et M. DEBOVE, en rapportant son histoire, déclare qu'il n'y a pas dû y avoir chez elle simple coïncidence entre la néphrite et la gangrène, car, chez les malades, rien n'arrive fortuitement.

RAYNAUD avait bien cité des faits avec albuminurie, mais voilà le premier cas signalé de coïncidence d'une néphrite avec la maladie en question. En octobre 1882, M. ROQUES, également à la *Société médicale des hôpitaux*, rapportait un deuxième cas du même genre et il le publiait in-extenso la même année (*Thérapeutique contemporaine*, p. 689). Nous nous garderons de le reproduire, car il se trouve aussi dans la thèse de GROUILLARD (Paris, 2 août 1884) et dans celle de MARC GIBERT. Il s'agit d'une femme de 40 ans, qui entre à l'hôpital en état d'asystolie. Les urines, très albumineuses, se prennent en masse par la chaleur et l'acide nitrique. Les battements du cœur sont énergiques,



ue est indistincte, les objets  
millard. Depuis trois mois,  
doigts deviennent pâles et  
orteil droit est froid et très  
après, le gros et le petit  
de plaques violacées. La  
es douleurs atroces. Mêmes  
ôté, et aux membres supé-  
puis des eschares survien-  
avec les troubles de la cir-  
s artères de la papille sont  
nent. La malade meurt un  
- Ventricule gauche hyper-  
etits, le droit surtout : leur  
capsule est très adhérente,  
sque disparu, la base des  
e à la périphérie; on trouve  
es de la néphrite intersti-  
et pédieuses n'en sont point

on si curieuse de ROQUES,  
suivante, en 1883, un cas  
ans la *Revue de chirurgie*.  
âgée de 27 ans, atteinte de  
ces intermittents irréguliers.  
locale des extrémités supé-  
du poignet et jusqu'au tiers  
bout du nez et les oreilles  
on lente. L'urine renfermait  
ne tiendrons pas compte de  
nous semble y jouer le rôle

ASTROS présenta au Comité  
Rhône (20 juillet 1883) un  
fit l'objet d'une leçon cli-  
des hôpitaux, janvier 1884,  
résumée : c'est un homme  
ce par présenter des signes  
mateuse avec phénomènes  
asphyxie locale se produit  
Albuminurie abondante et,  
ène des doigts. Mort assez  
brite mixte accentuée.

*Vien. med. Jahrbücher*, p. 569)  
ans, présentant des troubles  
Scoliose, hydrocéphalie.  
fut pris d'asphyxie locale,  
is; à droite l'index est atteint.  
L'urine renferme de l'albu-  
reins sont gros, déchiquetés.  
ciblée de trous. Au sommet  
droit, existent des traînées  
ranteuses.

DER HOEVEN (*Nederl. Tijdschr.*  
e l'histoire d'une femme de  
cause apparente, des dou-  
uis on voit se développer  
gangrène sèche des doigts.  
s l'urine. Guérison au bout  
n de l'albumine.

*Journ.* de 1887 (I, p. 57)  
cas d'une femme de 26 ans,

qui a eu des accès épileptiques et offre une légère  
démence.

Sa main droite n'avait plus qu'un seul doigt,  
l'auriculaire. Des autres, il manquait les phalanges  
et les phalangettes. A la main gauche, quatre doigts  
entiers, mais fléchis; l'index réduit à une phalange.  
Le gros orteil droit n'existe plus, le gauche a une  
perte de substance. Mort par épilepsie. — L'urine  
contenait un quart de son volume d'albumine. A  
l'autopsie on constate que les reins pèsent 2 onces 1/2.  
Ils sont petits; leur capsule est adhérente, leur  
surface granulée. Nombreux kystes corticaux.

La même année, dans la *Revue de médecine* (p. 401),  
cas de GOLDSCHMIDT. Femme de 50 ans, prise brus-  
quement d'asphyxie, puis de gangrène des doigts.  
Plaque de gangrène au milieu de la jambe droite.  
L'urine renfermait 1 p. 100 d'albumine. Dans les  
reins plusieurs infarctus.

En 1889, GARLAND (*Journ. of amer. med. Assoc.*,  
13, p. 838) étudie un homme de 32 ans. En hiver, il  
subit un refroidissement du pied droit après une  
marche prolongée. Quelques jours après, les orteils  
changent de couleur et se gangrènent à leur extrémité.  
Pieds et jambes gonflés et parfois bleus. — Albumi-  
nurie : le malade meurt du mal de Bright.

La même année, article de J.-B. ADAM (*Transactions  
of the Hongkong med. Society*, Londres, 73-79). Il s'agit  
d'une Chinoise de 8 ans, admise à l'hôpital pour gan-  
grène avancée des pieds. La maladie a débuté par le pied  
gauche, qui est devenu bleu et froid. Puis le pied  
droit, les oreilles, les joues, les bras présentent des  
taches bleu-noir. Attaques quotidiennes pendant une  
heure. Les pieds et le tiers inférieur des jambes  
deviennent noirs et gangréneux; puis c'est le tour  
de la main droite. Les pieds tombent d'eux-mêmes  
au niveau des articulations. Mort. — Les urines  
contenaient de l'albumine; au microscope, cylin-  
dres granuleux.

En 1892, cas de HAIG (*St-Barthol. hosp. reports*,  
XXVIII, 29 à 46). C'est une femme de 47 ans : tous  
ses doigts sont bleus et luisants. Albuminurie per-  
sistante. Bronchite chronique, dilatation et hyper-  
trophie du ventricule gauche, hypertension arté-  
rielle.

En 1894, cas d'HENRY (*Amer. journ. of med. sciences*,  
t. CVII, p. 9). C'est un homme de 55 ans qui a de  
l'asphyxie des oreilles, du nez, des doigts. L'urine  
contient du pigment sanguin, plus tard 7 pour 100  
d'albumine, puis 33 pour 100, avec des cylindres.

La même année, COLSON note l'albuminurie passa-  
gère chez un sujet (*Ann. de la Soc. méd.-chirurg. de  
Liège*, p. 334); de même MORTON (*Journ. of cutan.  
diseases*, p. 249).

Le 10 avril 1896, au Congrès de médecine de Nancy,  
M. MAGNOL (de Montpellier) communique une obser-  
vation d'albuminurie, dans laquelle le phénomène pri-  
mordial semble avoir été l'asphyxie des extrémités.  
C'est un jeune homme à antécédents artério-scléreux  
héréditaires, chez lequel se montra de la cyanose des  
extrémités, sans lésion cardiaque. Deux ans après  
apparut, à la suite de marches militaires, un œdème  
notable des jambes et de la face, qui le fit admettre à

l'hôpital. On trouva dans ses urines 0 gr. 75 d'albumine par vingt-quatre heures.

En 1896, TCHESCHICHINN signale la gangrène des doigts au cours d'une néphrite.

La même année, AITKEN (*Lancet*, p. 875) voit un homme de 43 ans, d'hérédité névropathique, présentant des symptômes cyanotiques des extrémités depuis neuf ans.

Depuis sept ans, néphrite interstitielle chronique, avec symptômes urémiques, rétinite albuminurique, hémoglobinurie légère. Quand les accès asphyxiques surviennent, la quantité d'urine diminue et l'auteur croit que la vaso-constriction périphérique est accompagnée de vaso-constriction rénale, d'où oligurie : effectivement, l'urine tombe à 100 grammes à ce moment.

En 1898, JACOBY (*New-York med. Journ*, p. 143) examina un homme de 42 ans, qui a des engourdissements des doigts, depuis six semaines. Le médus a plus que de la syncope ; il est atteint d'asphyxie. Dans la suite, la phalange tombe ; puis des maux de tête et d'estomac apparaissent. L'urine contient de l'albumine, des cellules épithéliales du rein, des cylindres hyalins et granuleux. Coma, et mort par néphrite interstitielle chronique.

La même année, DICKINSON et HUBER, à la *Société clinique de Londres* (22, IV) indiquent une nouvelle observation. Le 16 octobre 1899, KRONER (*Verh. für innere Medizin, in Berlin*) présente un malade brightique depuis neuf années, qui tout à coup a eu des troubles vaso-moteurs du nez, des doigts et des orteils, avec gangrène partielle.

Enfin, dans la thèse de MARC GIBERT se trouve le cas d'une fillette de quatre ans qui est prise d'œdèmes, de céphalées et d'attaques convulsives. Albuminurie très abondante. Par la suite, asphyxie des extrémités ; les trois derniers doigts de la main gauche sont noirs. Ulcérations du nez et des oreilles ; plaque noirâtre au sacrum, orteils momifiés. Mort. A l'autopsie, lésions d'endartérite et reins congestionnés avec piqueté hémorrhagique.

Cette dernière observation de GIBERT porte à vingt le nombre des cas publiés où un rapport quelconque entre la maladie de RAYNAUD et la néphrite a été entrevu. Un bon nombre d'entre eux sont allés jusqu'à la gangrène. Quelques-uns se sont arrêtés au stade asphyxique et c'est parmi ces derniers qu'il faudra ranger le fait inédit dont voici la relation et qui nous a amené à étudier le présent sujet :

## OBSERVATION

**Néphrite chez un homme de 48 ans, alcoolique ; albuminurie, anasarque, dyspnée. — Céphalées, fourmillements, vertiges, crampes, mouches volantes. — Trois ans après, asphyxie des extrémités, débutant par les mains, puis atteignant les pieds.**

Le nommé Napoléon van H..., âgé de 52 ans, entre, au début de décembre 1901, à l'hôpital de la Charité de Lille, dans le service de M. le professeur-doyen COMBEMALE, salle Sainte-Catherine, n° 1. Il y vient pour un refroidissement accentué de la main et du pied gauches, accompagné de douleurs, de cyanose, d'œdème et de paresie. C'est un ajusteur, de nationalité belge, paraissant large-

ment son âge, fort peu robuste.

Son père est mort à 78 ans, un frère âgé de 56 ans d'une quatre sœurs se portent bien. I

Son premier enfant est âgé malade. Le second est mort, à c gite. Le troisième est mort à des convulsions ; de même, I et le cinquième à sept mois.

Lui-même a eu la variole à Ce serait sa seule maladie. Il a dément alcooliques, depuis l'ag cation habituelle est tout à fait

Le 25 mai 1898, il est venu présentant une anasarque peu aux jambes et au scrotum qu'i toussait, respirait mal et avait juin 1898, il urinait un litre contenaient trois grammes d'al les grandes sereuses.

On lui fait prendre des bai au régime lacté et on lui pose sortie, le 20 juin 1898, il n'est voulant plus du régime lacté d'urine par jour, contenant ur par litre. L'œdème a disparu.

Depuis ce temps, il tousse d'effort, de la pituite, des céph

Le 12 janvier 1899, il revier me des jambes. On ne trou région épigastrique est très vomissements, gastrite alcoo presque nulle. On constate d rique. Les membres supérieur tremblement accentué. Fourm crampes, vertiges, mouches vol et rêves professionnels.

On le met au régime lacté strychnine.

Il revient en décembre 190 phyxie des extrémités. Cela a deux mains. Elles devenaient l reuses, gonflées. Cet état a duré cessé. D'autres accès sont surv droite n'a rien. La température est de 29 degrés. En revanche, jusqu'au niveau du poignet, la piqure Température : 14 de

L'avant-bras est parcouru de coude. Il est, comme la main, l à certains jours, ce sont des c qu'à l'épaule. La force dynamo ce côté les premiers jours qu' pied droit est beaucoup moins froid que le gauche, mais à pei

L'exposition au froid exagèr main offre une apparence œdér y imprimer le doigt. Le pouls celui de gauche, tous deux très

Le nez paraît un peu plus de même. L'oreille droite est l'autre. Après les repas, pen l'aphyxie des extrémités dimi de phase de syncope. Aucun l'épingle, la brûlure au thermo infiniment moins bien aux ré Si on presse un peu sur la mai production d'une tache blanc tement.

reflexes normaux. Vue amoindrie de d'hystérie. Surdité progressive  es.

Il existe encore par moments, rien aux poumons que quelques

lourds ; aucun souffle, ni bruit de

as d'albumine, mais elle est très

sédiment urinaire, examiné au s de cylindres, mais de grandes

sité de 10/10, est en grande quan- res par jour. Le malade se lève . fois pour uriner.

du de méthylène injecté sous la que, mais sa durée est très pro-

re 1901, la situation du malade une légère amélioration due uni- séjour dans une salle chauffée. —  t  depuis quelques jours seule- re en observation.

 c de nous semble typique et er la conviction qu'il existe un ite chronique, dont est assurée, et l'asphyxie des extrémités à 51 ans, trois ans après les e atteinte du rein. Avec ce cas, i face de vingt et une observa-

tions analogues, dont voici plus bas le tableau r capi- tatif (1), et nous avons à rechercher la nature de la liaison réciproque de ces maladies. Comment le mal de Bright, comment l'intoxication urémique, entrai- nent une névrose vaso-motrice et trophique de cette forme, c'est ce qu'il nous reste à rechercher. Encore faut-il savoir quels sont les troubles vaso-moteurs coutumiers aux néphrites. Il en existe toute une série, les uns quasi-constants, d'autres moins fréquents, les derniers enfin exceptionnels. Notre intention n'est pas de les passer tous en revue avec détails : encore faut-il au moins les signaler. Leur énumération entraînera avec elle, pensons-nous, la démonstration des liens intimes qui unissent aux néphrites les ph - nomènes de vaso-constriction généralisée ou localisée. Si les manières d'être de l'urémie sont des plus mul- tiples et si sa physiologie pathologique cache encore plus d'un secret, on accordera peut-être que les alt - rations des vaisseaux méritent large part dans toutes les explications qu'on en pourra donner.

### III

Le mal de Bright, tel que son créateur l'a conçu, est constitué par la réunion de trois termes : albu- minurie, œdème et lésion rénale. Un trouble circula- toire, l'œdème, fait donc ainsi partie intégrante du

(1) On trouvera, *in extenso*, les principales de ces observations dans un autre travail de l'un de nous (Duniquet, Thèse de Lille, 18 févr. 1902).

#### LAU DES CAS DE MALADIE DE RAYNAUD LIÉS   LA NÉPHRITE

DATE	AGE	SEXE	SIGNES D'ASPHYXIE LOCALE	SIGNES DE NÉPHRITE
1880	24	femme	Gangrène des doigts	œdèmes, dyspnée, céphalée, trou- bles de la vue, polyurie, ascite, urémie convulsive, bruit de galop, albuminurie.
1882	40		Gangrène des extrémités	Albuminurie, troubles visuels, néphrite interstitielle.
1883	54	homme	Gangrène des doigts. Asphyxie des oreilles	Néphrite mixte. Hypertrophie du cœur. Albuminurie. Polyurie. Pollakiurie.
1885	51	—	Gangrène des mains	Albuminurie. Lésions rénales.
1885	31	femme	Gangrène des doigts	Albuminurie.
1887	26	—	Gangrène des doigts et des orteils	Atrophie rénale. Albuminurie.
1887	50	—	Gangrène des doigts	Albuminurie : lésions rénales.
1889	32	homme	Gangrène des orteils	Mal de Bright.
1889	8	femme	Gangrène des pieds et des mains	Albuminurie ; cylindrurie.
1892	47	—	Asphyxie des doigts	Albuminurie, hypertrophie du cœur, hypertension.
1894	53	homme	Asphyxie des oreilles, du nez, des doigts	Albuminurie, cylindrurie.
1894	—	— ?	Asphyxie des extrémités	Albuminurie.
1894	—	— ?	—	—
1896	—	— ?	—	Albuminurie et œdèmes.
1896	—	— ?	Gangrène des doigts	Néphrite
1896	43	homme	Cyanose des extrémités	Urémie, rétinite, oligurie.
18' 8	42	—	Asphyxie des doigts	Albuminurie, cylindrurie, coma.
1898	—	— ?	Asphyxie	Néphrite.
1899	—	homme	Gangrène : nez, doigts, orteils	Brightisme ancien.
1899	4	femme	Gangrène des doigts et orteils	Albuminurie, céphalée, œdème, oligurie, convulsions
1902	48	homme	Asphyxie des mains et des pieds	Albuminurie, anasarque, dyspnée, céphalée, vertiges.

tableau clinique et nous devons l'envisager tout d'abord.

Il n'est pas question de tout dire : aussi ne décrivons-nous pas ces œdèmes d'origine rénale et ne dirons-nous pas toutes les explications qu'ils ont suscitées. BRIGHT admettait que les pertes en albumine subies par le plasma sanguin permettent une transsudation plus facile du sérum en dehors des parois vasculaires, d'où la production de l'hydropisie. Mais COHNHEIM et LICHTHEIM ont montré que l'hydropisie n'était pas toujours en rapport direct avec le taux de l'albuminurie, que les injections intra-veineuses de solutions salines ne produisent pas d'œdème et que celui-ci n'apparaît que dans les territoires où l'on a simultanément irrité le réseau vasculaire. L'altération des parois des vaisseaux, qui se produit chaque fois que la structure chimique du plasma sanguin est modifiée d'une façon intense et durable, serait la vraie cause de l'œdème : c'est l'opinion de Senator. Enfin, des travaux récents démontrent que le sérum sanguin, en état d'hydremie, devient hypo-isotonique par rapport au plasma lymphatique, d'où production d'un courant dirigé du côté des espaces lymphatiques. (Voir thèse de THÉAULON. Lyon, 1896).

Toutes ces conditions sont véritablement capables d'engendrer l'œdème : suffisent-elles toujours ? c'est peu probable. On ne peut oublier l'expérience célèbre de RANVIER qui montre que la ligature de la veine fémorale ne produit d'œdème que si on sectionne en même temps le sciatique et pour RANVIER, ce qui détermine l'œdème, ce n'est pas la stase sanguine, mais l'augmentation de la tension dans les capillaires.

Voilà, n'est-il pas vrai ? une démonstration du rôle capital des vaso-moteurs. La clinique, avec POTAIN, signale d'autre part des faits d'hémianasarque localisée au côté d'un rein contus. (*Gazette des hôpitaux*, 1883). « Il est possible qu'un processus de vaso-dilatation toxinique intervienne dans la production brusque des grands œdèmes qui signalent le début aigu des néphrites consécutives au coup de froid, à la scarlatine, jouant ainsi un rôle de renforcement analogue à celui de la section du sciatique dans l'expérience connue. » (CHAUFFARD).

Il est, d'un autre côté, de notion courante que les imperméabilités rénales donnent naissance à une infiltration cutanée qui siège en particulier à la face, dans les régions palpébrales. Cette localisation si contraire aux lois de la pesanteur, survenant à une période où l'économie n'est pas envahie dans son ensemble, ne laisse pas que d'être assez difficile à expliquer, attendu que bien d'autres territoires sont pourvus d'éléments conjonctifs aussi aisés à dissocier. On sait l'importance des actions vaso-motrices dans la genèse de ces lésions et on sait aussi que les poisons urinaires impressionnent fréquemment les centres bulbaires, ainsi que tendent à l'établir les dyspnées toxiques, la respiration suivant le type de CHEYNE et STOKES, le myosis, les spasmes, etc. (CHARRIN).

ROSENSTEIN, dans son *Traité des maladies des reins*, cite un cas où l'œdème brightique était limité au prépuce. FENGER a vu un autre malade où le gonflement, pendant toute la maladie, resta localisé au cordon sper-

matique, de sorte qu'on crut à une hernie. RENDU (Thèse d'agrégation, 1878) rappelle deux faits de HUCHARD et GOUGUENHEIM dans chacun desquels les grandes lèvres étaient l'unique partie tuméfiée.

Au point de vue expérimental, on peut redire que COHNHEIM et LICHTHEIM, exposant des chiens rasés à un soleil ardent, de manière à ce que leur peau devienne rouge, ne voient jamais l'œdème sous-cutané faire défaut quand on leur injecte dans les veines la solution chlorurée à 6 pour 1000.

Si le rôle de la vaso-motricité troublée semble patent dans les phénomènes ci-dessus rapportés, combien n'est-il pas plus frappant lorsque l'œdème brightique frappe le poumon, si brutalement d'ordinaire, quand ce n'est pas d'une manière foudroyante ! Pour BOUVERET (*Revue de méd.*, 1900, p. 40) l'œdème pulmonaire aigu n'est que l'expression d'un trouble de l'innervation vaso-motrice, amenant la dilatation vaso-paralytique des vaisseaux de la petite circulation. Peut-être, dit MASIUS (*Congrès de Paris*, 1900, *Section de pathol. int.*, p. 187), pourrait-on invoquer l'action d'un poison portant directement sur le système nerveux et sur l'origine des vaso-dilatateurs pulmonaires. TEISSIER (*eodem loco*) insiste sur ce que l'œdème aigu du poumon a une prédilection pour les brightiques à rein scléreux, c'est-à-dire pour ceux chez qui se trouvent réunis l'auto-intoxication, l'hypertension artérielle et les altérations nerveuses, tandis qu'il est rare dans la néphrite épithéliale où ces facteurs sont écartés. TEISSIER montre, par des expériences avec GUINARD, que des troubles mécaniques même violents sont le plus souvent incapables d'entraîner à eux seuls l'œdème pulmonaire. Que si on ajoute à cela une excitation nerveuse sur le plexus cardiaque, on peut voir un léger degré d'œdème, mais celui-ci ne devient définitif que si l'animal a reçu préalablement dans les veines de 4 à 7 cent. cubes de salicylate de méthyle, démonstration du rôle de l'intoxication et de son action par l'intermédiaire des nerfs vasculaires. L'élément toxique porte son action sur les nerfs vaso-moteurs et met le système vasculaire en instance d'œdème (RENAUT).

L'œdème brightique du larynx peut également survenir, parfois comme manifestation œdémateuse locale et isolée, chez des sujets en apparence bien portants. DIEULAFOY signale l'importance prémonitoire d'une angine œdémateuse, avec œdème blanc ou rouge de la luette, des piliers, de l'isthme du gosier.

Comme troubles vaso-moteurs au cours des néphrites, à côté des œdèmes, il convient de signaler l'hypertension artérielle avec ses conséquences dont la principale est l'hypertrophie du ventricule gauche. BRIGHT l'avait constatée et il avait supposé à cette lésion cardiaque une origine humorale, le sang modifié pouvant agir sur le myocarde ou sur les parois des petits vaisseaux périphériques. JOHNSON, puis BROADBENT admettent l'excitation de la tunique musculaire des artéioles. Pour POTAIN, il se produit un excès de tonicité des artéioles, soit par action excitante directe du sang, soit par réflexe d'origine rénale. Telle est à peu près l'opinion d'EWALD. Pour DIEULAFOY, il y a spasme ou contracture des artéioles périphériques.

UTTON, DEBOVE et  
ATHIEU, LECORCHÉ  
sont anatomique-  
er alors l'hyper-  
as néphrites par  
tes aiguës ?

1 fréquentes sont  
ision dans l'uréd-  
diopie s'obser-  
en ophtalmosco-  
mie au fond de  
se:

bourdonnements  
ire, les épistaxis,  
tent-ils pas de  
rtige de MÉNIÈRE  
que ? et comme  
acté, n'est-ce pas  
2, probablement  
tions cérébrales  
é; de même les  
ques; de même  
ou cryesthésie,  
ix genoux, aux  
de dyspnée uré-  
spasme vascu-

idées, est d'avis  
les, ne peuvent  
s brusque et la  
des accidents  
duisent. Il croit  
rénale restreint  
mp de la dépu-  
s troubles fonc-  
ins qui restreint  
sécrétion et la  
facteurs impor-  
t tout disposé à  
laire des reins,  
oblitération des  
fissent pas pour

es brightiques ?  
lois symétrique-  
ements, onglée,  
sthésie. Toute la  
ts apparaissent  
ne ébauche de

névrose vaso-  
a conception la  
s'en faire. Elle  
lité intense des  
é peut être pro-  
s d'une manière  
ications.  
la va de soi; la  
le poisons auto-  
élés. Cet auteur

après avoir contrôlé les conclusions de FELTZ et RITTER et constate en particulier le rôle toxique indéniable des sels de potasse, montre que l'urémie est un empoisonnement complexe dont on trouve les éléments principaux non seulement dans la désassimilation des cellules, mais aussi dans l'alimentation, les putréfactions intestinales et la sécrétion biliaire. L'alimentation introduit à la fois dans l'économie les sels de potasse et des substances organiques dont les résidus deviennent dans l'intestin la proie des ferments putrides.

La désassimilation des éléments anatomiques met en circulation, outre les déchets organiques, une notable proportion de sels de potasse. La bile doit sa toxicité énergique à sa matière colorante et aux sels biliaires. Les putréfactions intestinales donnent naissance à des alcaloïdes et à une série de corps toxiques.

BOUCHARD a séparé de l'urine sept substances toxiques, y compris l'urée.

Des six qui restent, une seule est de nature inorganique, c'est la potasse; parmi les cinq dernières, l'une serait narcotique, la seconde sialogène, une troisième convulsivante, la quatrième rétrécit la papille et la cinquième est hypothermisante.

« Qu'on se reporte à l'étude des poisons urinaires, on en trouvera un certain nombre qui expliquent les principaux phénomènes de l'urémie; il y a des toxines myotiques, dyspnéiques, convulsivantes, *vaso-motrices* hypo et hyperthermisantes » (ROGER).

Il y a lieu de croire que l'action *vaso-motrice* de ces poisons s'exerce sur les centres, sans qu'on puisse déterminer lesquels exactement. En effet, les nerfs *vaso-moteurs* ont leur origine dans des régions diverses du système nerveux central. Le principal centre *vaso-moteur* se trouve dans le bulbe; ainsi l'excitation de la région du *calamus scriptorius* détermine l'élévation de la pression sanguine par suite du rétrécissement de toutes les artères, dû à l'excitation du centre *vaso-constricteur*; au contraire, la section sous-bulbaire de la moelle, supprimant la fonction de ce centre, amène la dilatation de toutes les artères et une baisse profonde de la pression sanguine. D'autre part, des sections ou des hémisections successives de la moelle déterminent la dilatation paralytique des vaisseaux, par suppression de centres *vaso-constricteurs* et des excitations de la moelle amènent une élévation de la pression dans les vaisseaux de la région correspondante au segment de la moelle excité. Des excitations sensibles peuvent faire entrer en action les centres *vaso-moteurs* médullaires; l'excitation du bout central du sciatique amène le resserrement des vaisseaux de la patte du côté opposé. Mais le centre bulbaire a plus d'importance que les centres de la moelle: KONOW et STENBECK ont particulièrement montré que ces centres sont plus difficiles à exciter par l'asphyxie.

Les fibres *vaso-motrices*, celles qui sortent du bulbe directement, comme celles qui viennent de la moelle, après avoir traversé les racines antérieures, gagnent les cordons sympathiques. Toutes, avant de se répandre dans les nerfs périphériques, passent par des ganglions; de plus, une fois même qu'elles sont

engagées dans ces nerfs, elles n'abordent pas immédiatement les vaisseaux auxquels elles se distribuent, mais elles trouvent sur leur trajet terminal de nouvelles cellules ganglionnaires. Or, au point de vue embryologique, les ganglions ne sont que des portions du système nerveux central.

Ces ganglions exercent sur les vaisseaux de la région où ils se trouvent une influence tonique manifeste ; cette fonction doit-elle être également attribuée aux cellules nerveuses disséminées dans la paroi des vaisseaux ? La réalité de cette influence tonique est bien établie ; en effet, l'activité des nerfs, qui disparaît quand on les a sectionnés, n'est pas pour cela définitivement supprimée, mais au bout de quelque temps, le tonus vasculaire se rétablit, les cellules ganglionnaires périphériques suffisant peu à peu à l'entretenir. Les expériences de HUIZINGA montrent la réalité de l'action de ces centres périphériques, puisqu'elle peut être diminuée par le nitrite d'amyle (*Archiv f. die ges. Physiol.*, 1875) et des expériences de GLEY prouvent qu'elle est susceptible d'être renforcée (*Soc. de biol.*, 1889, et *Arch. de physiol.*, 1894). D'ailleurs, l'activité de ces amas ganglionnaires peut être mise en jeu d'une façon réflexe (H. WEBER, VULPIAN.)

Sur tous ces centres, quels qu'ils soient, des poisons retenus dans la circulation par une insuffisante dépuraison rénale, sont capables d'agir pour les exciter.

L'urée excite les centres vaso-constricteurs (USTIMOWITSCH 1870 ; GRUTZNER 1875 ; CAVAZZANI et REBUSTELLO 1891-1892 ; STEFANI 1894) et SENATOR (*Archiv f. pathol. Anat.*, 1878), en se fondant sur les expériences précédentes, admet que l'élévation de pression, due à l'action de l'urée et à l'augmentation du travail du cœur qui en résulte, détermine l'hypertrophie du myocarde. — BIEDL et KRAUS (*Centralb. f. inn. Med.*, 26 nov. 1898) ont vu l'injection intra-veineuse de sels biliaires donner lieu à l'hypertension artérielle. Sous l'influence de la neurine, la pression artérielle s'élève par vaso-constriction (GÖETHGENS, *Dorpat med. Zeitschr.*, I, IV). CERVELLO a confirmé le fait, ainsi que ASHER et WOOD (*Zeitsch. f. Biol.*, 1888).

Sous l'influence de la fatigue, il se produit dans les muscles des substances qui élèvent la pression sanguine (Mosso, *Cong. de Berlin*, 1890). Les sels ammoniacaux agissent dans le même sens. Les déchets du travail musculaire stimulent les centres vaso-moteurs (ZUNTZ et GEPPERT : *Arch. f. Physiol.*, 1888). — Que le rein ne suffise pas à sa tâche d'élimination, toutes sortes de produits glandulaires se trouveront en excès dans le sang. Or, OLIVER et SCHAFER admettent que l'extrait de glande surrénale a une action vaso-constrictive (*Journ. of. Physiol.*, 1895). BIEDL, GOTTLIEB, VELICH, GURBER, CYBULSKI, SZCZMONOWICZ (*Arch. f. Physiol.*, 1896) confirment leurs expériences. Les extraits aqueux ou glycélinés du rein excitent fortement les nerfs vaso-constricteurs. TIGERSTEDT l'a mis hors de conteste (*Skand. Archiv f. Physiol.*, p. 233, 1898) ; au Congrès de Moscou, en 1897, cet auteur dit qu'il a extrait du rein une substance que l'on retrouve dans le sang de la veine rénale et à laquelle il a

donné le nom de rénine. Cette substance exerce sur les centres nerveux des vaisseaux périphériques peut être aussi sur les centres nerveux des vaisseaux bulbaires et médullaires, une action vaso-constrictive extrêmement énergique. Cette action qui augmente la résistance apportée par les vaisseaux au cours du saut pourrait bien s'exercer indirectement aussi sur le cœur, et l'on est en droit de se demander si l'hypertrophie cardiaque des néphrites n'est pas due à une surproduction de rénine.

Les extraits d'hypophyse agissent de même (OLIVER et SCHAFER, HOWELL, de CYON, LIVON, SWALE, VINCEN, LIVON (*Soc. de biol.*, 22 janv. 1898) obtient l'hypertension avec les extraits de rate et de parotide.

L'extrait de thymus, au contraire, entraîne la vasodilatation ; mais KARL SVEHLA (*Wiener med. Blatt*, 18) croit que c'est par paralysie des vaso-constricteurs.

Des expériences de CYBULSKI, LANGLOIS (1899) DREYER, TIGERSTEDT, sur lesquelles nous ne pouvons nous étendre, ont établi que ces substances d'origine glandulaire passent véritablement dans le courant sanguin. Ainsi TIGERSTEDT, avec le sang défibriné la veine rénale du lapin, observe une élévation de pression, sur des animaux de même espèce, égal à celle qu'il obtient par l'injection d'extrait de rein.

On conçoit que, si tout ou partie de tous les coagulables s'accumule dans le milieu intérieur, des troubles infiniment importants peuvent en être la conséquence directe. « La substance surrénale, par exemple s'accumulant dans le sang pour une raison ou pour une autre, maintiendra le tonus des vaisseaux au-dessus de la normale. » (GLEY). (1)

Que faut-il de plus pour satisfaire l'esprit et ne fournir un solide appui pour expliquer, au cours des néphrites, l'apparition des troubles vasculaires indiqués au précédent chapitre et à leur suite, l'asphyxie des extrémités ? Ce n'est pas une pure coïncidence. L'apparition simultanée ou successive chez un même sujet de la néphrite et de la maladie de RAYNAUD. Rappelons-nous le mot de DEBOVE, au sujet de l'observation qu'il a étudiée : « Nous ne croyons pas qu'il s'agisse d'une coïncidence, car nous sommes convaincu que chez les malades, rien n'arrive fortuitement ». ROQUES fait la même réflexion.

MARC GIBERT aboutit, dans sa thèse, à une autre explication. Pour lui ce n'est pas le poison éliminé par un rein insuffisant qui fait la maladie de RAYNAUD, mais néphrite et asphyxie des extrémités : toutes deux créées, chez un même individu, par la même toxine vaso-constrictive. Celle-ci peut par son action nocive soit sur les capillaires périphériques soit sur les capillaires rénaux, soit le plus souvent les deux à la fois. Il est d'ailleurs impossible de déceler cette toxine.

« Nous croyons voir, dit GIBERT, dans la maladie de RAYNAUD, une gradation très analogue à celle qu'on observe dans les différents types de néphrite. Depuis la simple asphyxie locale passagère jusqu'à la gangrène rapide et foudroyante, tous les types existent : il n'y a pas jusqu'à la sclérodermie qui ne

(1) Le travail de GLEY dans la *Pathologie générale* de BORDIER (tome III) nous a servi beaucoup pour cette question.



in mode d'évoluer de  
er d'être frappé des  
à évolution lente et de  
l'une pour les capil-  
capillaires périphé-  
et de périartérite, de  
La structure de ces  
qu'un même poison  
r la glande rénale et  
la fois sur les capil-  
glions qui sont situés  
ue ainsi le spasme.  
sont lésés, les uns  
s'expliquer les acci-

ir son opinion, sur  
e, les infections et les  
ue l'on retrouve à  
r ce que l'altération  
les systèmes glomé-  
z semblable à celle  
maladie de RAYNAUD ;  
est le premier signe  
esque constamment  
teraient plus facile-  
es à la nécrobiose  
s grande de l'apport  
voies.

dans l'étiologie, il y  
eut-on en conclure  
non. — Les lésions  
Est-ce qu'à lésion  
étiologie similaire ?  
t frappant, dans les  
it connaître le début  
t la néphrite qui est  
e cas de DEBOVE, les  
t sont notés en sep-  
de RAYNAUD en mai  
le malade est brigh-  
survient l'asphyxie  
e de GIBERT, l'albu-  
avant les douleurs  
malade de ROQUES  
semaines et on ignore  
ou l'asphyxie des  
s, l'albuminurie est  
xie n'apparaît qu'en  
s observations. les  
même temps par les  
s voient les malades  
istent.

la néphrite débute  
tion périphérique, il  
e cause unique pour  
s et nous préférons  
e RAYNAUD un symp-  
nt que les lignes qui  
assez de documents  
r.  
vaso-moteurs décrits  
partie, de l'action

de poisons à élection vasculaire, soit centrale, soit  
périphérique ; en un mot, en ce qui concerne la  
pathogénie, nous n'apercevons pas de différence capi-  
tale entre les suffusions œdémateuses, l'hypertension  
artérielle, les altérations transitoires de la vision, les  
crampes, les bourdonnements d'oreilles, les déman-  
geaisons, l'urticaire, les vertiges, la cryesthésie, le  
doigt mort et l'asphyxie des extrémités. L'expérimen-  
tation trouverait sur ce point belle carrière, si cepen-  
dant elle disposait des matériaux nécessaires pour  
s'exercer ; mais la multiplicité des corps toxiques,  
qu'on commence à peine à séparer les uns des autres  
est un obstacle capital à une démonstration de cette  
espèce. Tant y a qu'il faut se contenter de l'observation  
des malades et n'en tirer que ce qu'elle peut fournir  
sur ce point : mais nous croyons que la méthode clini-  
que est ici suffisante pour justifier les conclusions  
que voici.

### CONCLUSIONS

I. L'asphyxie des extrémités, névrose vaso-mo-  
trice et parfois trophique, dépendant d'une hyperexci-  
tabilité du système vaso-moteur, est, plus fréquemment  
qu'on ne le pense, associée à l'insuffisance rénale.

II. L'insuffisance rénale amène la rétention, dans  
les milieux intérieurs, de poisons multiples, dont  
plusieurs possèdent nettement une action vaso-cons-  
trictrice.

III. Il y a lieu de croire, quand la néphrite et la  
maladie de RAYNAUD coexistent, que cette dernière  
tient à l'excitation du système vaso-moteur par les  
poisons précités.

IV. GIBERT pense que, dans ces cas d'association,  
une même toxine crée à la fois la néphrite et l'as-  
phyxie des extrémités. Les faits ne plaident pas en  
faveur de cette manière de voir, car d'ordinaire la  
néphrite est la première en date. Nous pensons, au  
contraire que, loin d'être les effets d'une cause com-  
mune, c'est l'insuffisance rénale qui entraîne la  
maladie de RAYNAUD.

V. En présence d'un cas d'asphyxie des extré-  
mités, dont on ne voit pas clairement l'étiologie, il  
faut s'enquérir de l'état des fonctions rénales par la  
recherche de la perméabilité.

VI. Si l'asphyxie relève du brightisme, son pro-  
nostic et son traitement se confondent avec ceux de  
la lésion rénale.

### OUVRAGES REÇUS

— La peste bubonique dans la République argentine  
et le Paraguay, épidémies de 1899 et 1900, rapport pré-  
senté au département national d'hygiène par MM. les docteurs  
Luis AGOTE et J. MADINA, inspecteurs délégués du gouvernement  
argentin. Buenos Ayres, Lajouane, 1901.

PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — L'Emulsion  
Marchais est la meilleure préparation créosotée. Elle  
diminue la toux, la fièvre et l'expectoration. De 3 à 6 cuille-  
rées à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.

D<sup>r</sup> Ferrand. — Trait. de méd.)

### RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX NEUROSINE PRUNIER

(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE REDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oui**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** : La pratique de la désinfection à la campagne, par le docteur **Calmette**. — Un cas d'hémiclonie par **MM. Combemale** et **Ingelrands**. — Lipome arborescent des gaines synoviales, par le docteur **O. Lambret**. — **CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES** : Délivrance anormale, par le docteur **Oui**. — **SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD** : (Séance du 28 mars 1902). — **MOTS DE LA FIN**.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### La pratique de la désinfection à la campagne

par le Dr **Calmette**, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

Il arrive souvent que ceux de nos confrères qui exercent à la campagne ou dans les petites localités éloignées des grandes villes éprouvent beaucoup de difficultés pour faire désinfecter convenablement les locaux, la literie, les vêtements ou le linge contaminés par un malade.

Tantôt les difficultés viennent du malade lui-même ou de sa famille qui, ne se rendant pas compte des dangers qu'ils font courir à leurs enfants, à leurs parents et aux personnes étrangères ou amies qui fréquentent leur maison, se refusent de parti pris à subir la moindre gêne et à faire la plus petite dépense pour éviter la diffusion de maladies qu'ils considèrent le plus souvent comme une inéluctable fatalité, ou comme une manifestation de la colère divine, contre laquelle les prières, les pèlerinages, les processions,

l'encens et les cierges peuvent seuls avoir quelque efficacité !

Tantôt ce sont les moyens pratiques de désinfection qui font défaut : il n'existe, dans le voisinage, ni étuves à vapeur, ni appareils pulvérisateurs de sublimé, ni autoclaves formogènes. On pourrait bien, il est vrai, faire bouillir le linge, laver les planchers et les meubles avec des antiseptiques. Mais on ne se procure pas toujours facilement ces antiseptiques à la campagne. La plupart d'entre eux coûtent cher ou ne peuvent être employés qu'avec des précautions spéciales, et le personnel capable de s'en servir utilement fait défaut.

Alors on est obligé de s'abstenir, et on assiste, impuissant, à la formation de foyers épidémiques de maisons ou de villages ; — foyers qui ne peuvent s'éteindre que lorsque tous les individus réceptifs ont été atteints.

Dans ces dernières années cependant, depuis que nos connaissances en ce qui concerne les microbes infectieux d'une part, les antiseptiques et leur mode d'action d'autre part, sont devenues plus précises, on s'est attaché à déterminer aussi exactement que possible les causes de la dissémination des germes et les moyens pratiques de les détruire. On a constaté alors que toutes les maladies infectieuses ne sont pas égales devant la désinfection et que des mesures simples, peu coûteuses, faciles à appliquer partout sans éducation technique particulière, pouvaient très efficace-



désinfectées très différemment l'une de l'autre. Le tuberculeux a pu répandre des bacilles de Koch sur son plancher, sur ses murs, dans son linge ; mais il n'a vraisemblablement pas infecté son matelas ni son sommier, ni ses tableaux, ni sa fosse d'aisance. En revanche, il a sûrement contaminé ses instruments de musique à vent, s'il en possède, et ses livres dont il a pu tourner les feuillets en mouillant ses doigts de salive. Une désinfection limitée aux objets souillés, et plusieurs fois renouvelée pendant le cours de la maladie, sera donc ici beaucoup plus efficace que la désinfection complète, laquelle serait d'ailleurs rarement acceptée tant que les lois ne l'imposeront pas aux familles de tuberculeux.

Le typhique, au contraire, a surtout répandu des germes infectieux dans sa literie et dans sa fosse d'aisance. C'est par celle-ci qu'il menace son entourage. C'est donc elle qu'il faudra surtout rendre inoffensive. Il en sera de même pour le choléra et pour la dysenterie épidémiques.

La désinfection *totale* doit être principalement réservée aux maladies éruptives dont les microbes nous sont encore inconnus et qui semblent être véhiculés par les poussières de l'air.

**1° DÉSINFECTION DES LOCAUX.** — Il faut complètement renoncer à l'antique *fumigation sulfureuse* dont l'inefficacité est démontrée depuis longtemps à l'égard même de microbes faciles à détruire comme ceux de la fièvre typhoïde et de la diphtérie. Elle ne désinfecte pas et elle détériore les tissus, décolore les étoffes, attaque les objets métalliques. Pour augmenter son pouvoir désinfectant, on avait recommandé d'humidifier les objets qui devaient être soumis à l'action de l'acide sulfureux, ou de brûler du soufre en présence de vapeur d'eau : mais alors une partie de l'acide sulfureux se transforme en acide sulfurique qui détruit, il est vrai, les microbes, mais qui corrode tout !

Le moyen le plus simple, le plus efficace et le plus pratique en même temps consiste à user largement des badigeonnages à la chaux.

On commence toujours par badigeonner les murs soit avec un pinceau large et plat, soit à la brosse, sans grattage préalable.

Le lait de chaux se prépare en délayant 1 kilogr. de chaux vive dans 5 litres d'eau ; on ajoute l'eau par petites portions, surtout au début, pour déliter lentement la chaux. C'est un désinfectant économique et

très sûr : il stérilise aussi parfaitement qu'une solution de sublimé à 5 pour 1.000.

On lavera les planchers, parquets et boiserie avec une solution de *chlorure de chaux* à 20 p. 1.000 employée tiède.

Pour les planchers on se sert de balais-brosses en chiendent et on prend soin de faire pénétrer l'antiseptique dans toutes les fentes du bois, dans tous les interstices d'angles. On lave ensuite les portes et les boiserie avec des linges imbibés de la même solution. Celle-ci se prépare en délayant avec un bâton de bois, au moment de s'en servir, 1 kilogr. de *chlorure de chaux du commerce* dans un baquet contenant 50 litres d'eau tiède. Elle dégage une odeur de chlore assez intense, mais elle peut être manipulée sans aucun danger et ne corrode pas les mains.

Si l'on ne peut pas se procurer de chlorure de chaux, bien que cette substance soit très peu coûteuse (environ 0 fr. 40 le kilogr.) et qu'on la trouve dans presque toutes les épiceries et drogueries, on la remplace par l'eau de Javel des blanchisseurs. On dilue alors 1 litre d'eau de Javel dans 30 litres d'eau tiède et on emploie cette solution aux mêmes usages.

Lorsque les murs sont peints à l'huile, ce qui est tout à fait exceptionnel à la campagne, on les lave à l'eau savonneuse d'abord, puis avec la solution de chlorure de chaux à 20 p. 1.000.

S'ils sont recouverts de papiers, le mieux est de sacrifier ceux-ci : on les enlève après les avoir lavés avec la solution de chlorure de chaux, au moins jusqu'à hauteur d'homme, et on fait recoller du papier neuf après quelques jours de large aération des appartements.

**2° DÉSINFECTION DES MEUBLES.** — Tous les meubles de bois et les sièges de paille peuvent être lavés avec un linge imprégné de la solution de chlorure de chaux, mais on prend soin de les essuyer immédiatement après avec un chiffon sec. Il en sera de même des bois de lit.

Les objets en porcelaine et les vases qui ont servi au malade seront immergés pendant deux ou trois heures dans un baquet contenant la même solution.

Les livres, les cahiers d'écoliers et les jouets sans valeur qui ne peuvent être lavés, sont, autant que possible, sacrifiés et brûlés. Si l'on est obligé de les conserver, on recommande de les exposer à l'air libre en plein soleil, pendant trois ou quatre jours de suite.

Les objets en cuir (souliers, bottes) et en caoutchouc sont lavés avec la solution de chlorure de chaux à 2 pour 100. Les objets en métal, que le chlore attaquerait, sont frottés avec des linges imprégnés de vinaigre ou d'alcool ; on brûle ces linges aussitôt après.

**3° LITERIE ; LINGE DE CORPS.** — On expose au soleil pendant plusieurs jours de suite les sommiers et on brosse soigneusement.

Le contenu des paillasses et des matelas est brûlé dehors. Les toiles d'enveloppes doivent aller à la lessive avec le linge de corps. Tout le linge qui a servi au malade ou qui a séjourné dans sa chambre, *n'eût-il pas été sali*, doit être soumis à la désinfection, et celle-ci est faite le plus efficacement par une bonne lessive bouillante au carbonate de potasse ou à la cendre de bois.

Pendant la maladie, il sera toujours nécessaire d'exiger qu'au fur et à mesure qu'ils auront été salis par le malade, les linges soient immergés aussitôt dans un baquet plein d'eau à laquelle on aura ajouté quelques kilogrammes de *cendres de bois* ou de « *cristaux* » de carbonate de soude. Ils ne devront sortir du baquet que pour être soumis à la lessive.

Les étoffes de laine ou de soie, qui ne supportent pas la lessive chaude, peuvent subir sans inconvénient le trempage à froid au baquet ; on les rince ensuite à l'eau savonneuse et on les fait sécher au soleil.

On doit rejeter complètement, pour la désinfection du linge à froid, l'usage du sublimé. Outre sa grande toxicité qui empêche de le mettre entre des mains inexpérimentées, cet antiseptique présente l'inconvénient grave de coaguler les substances albuminoïdes et de fixer les taches de sang ou de pus qui deviennent alors indélébiles.

Le crésyl abandonne sur le linge, surtout sur les lainages, des dépôts de goudron très adhérents et difficiles à enlever. Il faut donc éviter de s'en servir.

L'acide phénique coûte trop cher ; mais il est parfaitement efficace à la dose de 4 à 5 pour cent. Il stérilise en 35 minutes les flanelles imprégnées de cultures de microbes.

Le lysol est beaucoup plus avantageux et presque aussi actif. C'est un composé de crésyl, d'oléine et de potasse, parfaitement soluble dans l'eau et à peu près dépourvu de toxicité. On l'emploie à la dose de 2 à 3 pour 100. Il coûte par grandes quantités 2 francs le

kilogramme, soit environ 0 fr. 10 le litre de solution.

Enfin le vulgaire *savon de Marseille* peut suffire dans un très grand nombre de cas à la dose de 40 à 50 gr. par litre. Malheureusement, il coûte beaucoup plus cher (40 à 50 fr. les 100 kilogr.) que les antiseptiques déjà cités.

Les moyens pratiques de désinfection du linge ne nous manquent donc pas : il suffira de choisir ceux qui paraîtront le mieux appropriés aux circonstances.

**4° FOSSES D'AISANCE ; MATIÈRES FÉCALES ; CRACHATS ET PRODUITS PATHOLOGIQUES DIVERS.** — La désinfection des fosses d'aisance, la stérilisation des matières fécales et celle des ustensiles qui ont servi à leur dépôt préoccupera surtout le médecin lorsqu'il s'agira de malades atteints de fièvre typhoïde, de choléra ou de dysenterie épidémique.

La désinfection des fosses d'aisance se fait le plus commodément par l'addition d'une quantité suffisante de chlorure de chaux. On se renseigne sur la capacité volumétrique de la fosse et on y fait jeter une proportion de chlorure de chaux correspondant à environ 200 grammes par mètre cube, délayés dans une petite quantité d'eau.

Les matières fécales doivent toujours être additionnées, aussitôt après leur évacuation, d'un volume à peu près égal de lait de chaux ou d'une solution à 5 p. 100 de lysol.

Le lysol est aussi le meilleur antiseptique que l'on puisse choisir pour la stérilisation des crachats et des produits pathologiques divers (sang, pus, urine, etc.) ; ainsi que je l'ai indiqué, il ne coagule pas les matières albuminoïdes, ne tache pas le linge, son odeur aromatique n'incommode pas et son prix est très peu élevé.

Si l'on ne pouvait pas s'en procurer, on le remplacerait par une solution à 5 p. 100 d'acide phénique.

\* \* \*

On voit, par ce court exposé, que même dans les cas où l'éloignement de tout centre urbain empêche de recourir à un service spécial scientifiquement organisé, il est toujours possible de réaliser la désinfection efficace d'un immeuble et d'objets contaminés. Il n'est pas nécessaire d'avoir à sa disposition des appareils coûteux, dont le maniement et l'entretien ne peuvent être assurés que par un personnel éduqué à cet effet.

Sans doute il vaudra mieux dans tous les cas où la

chose sera possible, avoir recours à une station de désinfection et à des désinfecteurs professionnels. Mais les moyens simples dont nous avons parlé sont le plus souvent suffisants pour empêcher la formation ou la diffusion de foyers épidémiques dans les campagnes.

Le médecin connu et aimé de ses malades n'aura pas de peine à convaincre les plus indifférents de l'utilité de ces mesures de protection, en leur représentant combien elles coûtent peu, en regard des pertes matérielles occasionnées dans chaque famille par la maladie et par la mort.

### Un cas d'hémiclonie

*Nature du paramyoclonus multiplex de Friedreich* (1)  
par MM. Combemale et Ingebrans

Étudiant la localisation des secousses dans le paramyoclonus multiplex de FRIEDREICH, LEMAJRE (*Thèse de Lille*, 8 juin 1889, p. 84) dit que « la malade de BECHTEREW était sujette à des contractions toniques ne se manifestant que d'un seul côté ; le deuxième cas de SILVESTRE offre même cette particularité unique, que les spasmes étaient localisés d'un seul côté. » En 1890, CHAUFFARD (*Semaine médicale*, p. 90) publie un cas d'hémi-paramyoclonus localisé au membre inférieur droit. La règle est que les secousses existent dans les deux côtés du corps. Nous avons tenu, en commençant, à signaler les exceptions précédentes, pour justifier notre titre d'hémiclonie, car chez le malade que nous allons étudier, les spasmes sont unilatéraux et nous pensons que cela le rend d'abord intéressant. En outre, au cours de son affection qui date d'environ dix-neuf années (et c'est une des plus longues durées signalées), est survenue une dothiène n-térie qui l'a enrayée pendant plusieurs semaines. Ce second point est donc également curieux, car capable même de jeter quelque lumière sur la nature des myoclonies. Voici l'histoire de ce sujet que nous avons d'ailleurs présenté le 27 décembre 1901, à la Société centrale de médecine du Nord, avec M. BRASSART.

**OBSERVATION.** — *Myoclonie unilatérale droite chez un homme de 26 ans. Début à 6 ou 7 ans par des mouvements choréiques, bientôt transformés en hémiclonie. À 26 ans, fièvre typhoïde qui supprime les mouvements convulsifs pendant quatre semaines. Reprise lors de la convalescence.*

Jules D..., 26 ans, célibataire, employé de com-

(1) Communication au Congrès de Médecine de Toulouse d'avril 1902.

merce, entre à l'hôpital de la Charité, au pavillon d'isolement des typhoidiques, le 21 novembre 1901.

**Antécédents héréditaires.** — Père mort de diabète à l'âge de 58 ans. Il était nerveux, facilement irritable, de caractère très changeant.

Mère morte à 49 ans, de cancer utérin. Elle aussi était de tempérament nerveux.

**Antécédents personnels.** — Naissance à terme ; allaitement artificiel. Aucune maladie grave dans l'enfance. Vers 4 ou 5 ans, il ne pouvait demeurer un instant en place. Ses parents le grondaient souvent pour son agitation.

Vers 6 ou 7 ans, il a commencé à avoir des mouvements choréiques. Il se souvient que ces secousses étaient généralisées et atteignaient la face même. Il faisait de continuelles grimaces et l'agitation était telle qu'il ne pouvait manger seul. Tout cela serait arrivé à la suite d'une peur et aurait disparu à peu près complètement par l'usage de bains répétés et l'emploi du bromure.

Environ dix-huit mois plus tard, nouveaux troubles nerveux, aussi accentués et de même caractère que la première fois. Ils cessèrent au bout d'un temps assez court, mais notre malade resta sujet à de nouvelles rechutes, survenant d'un moment à l'autre, à la suite d'une émotion, d'une colère, d'une contrariété quelconque.

A l'âge de dix-neuf ans, Jules D... s'engage, est accepté au corps, malgré l'hémiclonie qui existait telle qu'actuellement, et avec les caractères que nous allons indiquer. Les secousses n'auraient, en effet, disparu qu'à de rares intervalles et pour un temps très court depuis l'âge de neuf ans jusqu'à présent, et ont toujours, depuis lors, existé à droite.

Pendant son service militaire, il eût beaucoup à souffrir de ces mouvements involontaires et il finit par être réformé pour chorée. Vers l'âge de 22 ans, il eût une rémission assez importante et depuis lors, il a été soigné par divers médecins. C'est là son histoire telle qu'il nous la raconte aussitôt sa fièvre typhoïde terminée.

En effet, il était entré à l'hôpital le 21 novembre 1901, au cinquième jour environ d'une dothiènement. Il ne présentait aucun mouvement involontaire à ce moment. Vers le 17 ou 18 décembre, lors de la convalescence, on s'aperçoit de l'existence des secousses musculaires à droite, côté précédemment atteint. On porte le diagnostic de paramyoclonus multiplex et il nous donne les renseignements précédents.

**État au 18 décembre 1901.** — Le malade est un peu déprimé, à la suite de la typhoïde qu'il vient d'avoir. Développement général assez bon, un peu au dessous de la moyenne néanmoins ; musculature faible. Il n'existe aucune malformation, ni indice de dégénérescence. Le caractère est irrégulier et changeant. Intelligence développée. Pas d'inégalité pupillaire.

Le malade couché, on constate que ses couvertures sont perpétuellement agitées à droite d'un mouvement léger. Effectivement les membres de ce côté offrent des mouvements sans nul arrêt, pour ainsi dire. Ce sont des secousses sur place, à peu près invariables comme durée et comme intensité. Pour les caracté-

riser d'un mot, elles sont identiques à celles que produit l'application d'un courant interrompu ; brèves, répétées, amenant des soubresauts sans nul déplacement des segments de membres, elles se montrent surtout au niveau du biceps brachial, du quadriceps fémoral, du deltoïde, des jumeaux, du jambier antérieur, de la région antérieure de l'avant-bras. A chaque secousse, le muscle fait relief sous la peau. Les mêmes phénomènes apparaissent parfois au niveau du grand droit de l'abdomen et des pectoraux.

Ce sont des contractions cloniques ; il n'en est point de toniques, mais nous en voyons par ci par là, de fibrillaires, analogues à celles des amyotrophies myélopathiques.

Les secousses sont un peu inégales et irrégulières, au nombre d'environ 80 par minute. Aucun trouble choréique. Le sujet peut fort bien se servir de son bras droit sans maladresse évidente. La préhension des objets l'oblige à un certain effort, mais les spasmes ne s'exagèrent que peu et l'écriture même est possible, bien que tremblée et rappelant beaucoup celle des paralytiques généraux au début.

Le sommeil est agité : pendant ce temps toutefois, les mouvements disparaissent complètement. La volonté énergiquement appliquée les arrête aussi un court instant. L'émotion les exagère, le repos les calme. Lorsqu'on demande au malade d'essayer de suspendre l'agitation du bras et qu'il s'efforce de le faire, ou ne constate pas que celle de la jambe augmente ; c'est plutôt le contraire qui a lieu.

L'état ici décrit est celui que l'on constate au lit ; et depuis des années, il existe tel quel, sauf lors du sommeil. La marche est un peu troublée. Cela tient surtout à la trépidation épileptoïde que l'on trouve à droite au membre inférieur et qui se produit fréquemment à l'occasion de l'appui du pied sur le sol au départ. Une fois en route pourtant, la marche est quasi-normale chez cet homme, sauf, à quelques moments, une certaine raideur apparente.

La percussion du tendon rotulien ne provoque pas les secousses, mais le réflexe patellaire est manifestement exagéré et nous répétons qu'on trouve du clonus du pied et de la trépidation épileptoïde de la rotule.

Le froid excite vivement la myoclonie chez ce sujet ; de même le pincement de la peau et les diverses excitations cutanées. La sensibilité cutanée sous ses divers modes est partout conservée. Nulle part de zone hystéro-gène ou hypéresthésique.

A gauche, tout est normal. La parole et la déglutition n'offrent rien de spécial. Réflexe pharyngé diminué. Réflexes crémastérien et abdominal abolis.

Le réflexe cornéen est un peu diminué. Le champ visuel pour les diverses couleurs n'est nullement rétréci.

Aucune dyschromatopsie ; pas de diplopie. Autres sens tout à fait intacts. Force dynamométrique de la main droite (pression) 22 ; à gauche 28. Tout trouble vaso-moteur fait défaut ; pas de raie vaso-motrice, ni de bouffées de chaleur. Ni albuminurie, ni glycosurie. Les systèmes respiratoire, digestif, circulatoire, n'offrent rien à signaler.

Les réactions électriques soigneusement étudiées, sont parfaitement normales. Pas d'amyotrophie.

Chez ce malade nous avons essayé d'abord la suggestion médicamenteuse qui n'a rien donné du tout. Alors nous avons administré l'ésérine par voie buccale et hypodermique, croyant en obtenir de bons effets. L'état du sujet est resté tout à fait le même et il est sorti le 15 janvier 1902, sans aucune amélioration.

Le diagnostic du paramyoclonus de FRIEDREICH a été tant de fois exposé que nous jugeons tout à fait inutile d'y revenir. Le présent cas est typique au point de vue clinique. Comme on peut le voir, il est curieux par sa longue durée, par son unilatéralité, par l'existence de la trépidation épileptoïde notée aussi dans le cas de CHAUFFARD. De plus, en vertu de l'adage : *febris accedens spasmos solvit*, la dothiénentérie intercurrente a suspendu toute myoclonie. Ce n'est pas surprenant, mais il est intéressant de constater la réapparition de la maladie sous sa même forme lors de la convalescence. Ce n'est guère dans les lures de l'hystérie et, ce disant, nous visons l'opinion de MÖBIUS et d'autres avec lui qui n'admettent pas le paramyoclonus comme type morbide et en font une manifestation de l'hystérie.

Si notre malade était un hystérique, la cessation totale de tout mouvement pendant un mois, n'aurait-elle pas constitué une suggestion puissante et de longue durée, capable d'arrêter à tout jamais les secousses, de guérir le sujet ou tout au moins de modifier et de changer la forme de la manifestation hystérique ? Rien de pareil chez notre homme qui d'ailleurs n'a aucun stigmate suffisant d'hystérie ni de neurasthénie. Hystérie monosymptomatique est bien vite dit. D'ailleurs, comme l'a écrit RISSIEN RUSSEL, il y a de bonnes raisons pour rejeter l'hypothèse hystérique.

L'hystérie, dit tout récemment DEJERINE (1901), peut produire des myoclonies très semblables au paramyoclonus. Et le même auteur ajoute : « L'opinion de ceux qui rapprochent cette maladie de la maladie des tics est certainement la plus exacte, et à l'heure actuelle, c'est celle qui est admise à peu près partout ». C'est la manière de voir d'EICHHORST, d'OPPENHEIM, de WOLLENBERG, de STRUMPELL, de SCHULTZE. Les vrais myocloniques ne guérissent pas par suggestion. Notre cas en est un nouvel exemple : ni la suggestion causée par un arrêt total d'un mois, ni celle de la thérapeutique, n'ont eu raison des secousses du malade en question.

Ce cas, ajouté à bien d'autres, nous confirme dans l'idée d'une existence distincte du paramyoclonus. Symptôme sans lésions, dira-t-on. Peut-être, mais toute maladie sans lésion actuellement connue ne se confond pas avec l'hystérie. Contre cette opinion de MÖBIUS plaident d'ailleurs trois autopsies récentes de MURRI (*Il policlinico* 1899, et *Rivista critica di clinica medica*, 1900), qui ont fourni la preuve que la région rolandique était atteinte (LEBOVICI, *Progress médical*, 22 mars 1902). Le paramyoclonus, uni-voque quant à son siège, serait de nature variable quant à son origine. L'hystérie parfois en peut constituer la cause, mais il est loin d'en être toujours ainsi. Avec MURRI, nous croyons que c'est un symptôme relevant d'altérations organiques ou fonctionnelles diverses des centres nerveux, et non toujours de troubles névrosiques.

### Lipome arborescent des gaines synoviales

par le Docteur O. Lambret,

Professeur agrégé, chargé du cours de médecine opératoire.

Affection rare, ayant des caractères anatomiques tout à fait particuliers, le lipome arborescent des gaines synoviales mérite surtout d'attirer notre attention par son allure clinique tout à fait déconcertante et l'extrême difficulté de son diagnostic. Signalé autrefois, connu surtout depuis quelques années par la publication d'une vingtaine d'observations, a immédiatement frappé les observateurs par les analogies qu'il offre avec une autre affection mieux étudiée : le lipome arborescent des articulations.

Au point de vue anatomo-pathologique, le lipome arborescent constitue une masse jaunâtre, qui affecte la forme de végétations lobulées, dont les lobules sont plus ou moins nettement pédiculisés et renflés à leurs extrémités en forme de massues arrondies ou aplaties. Cette masse grasseuse avec ses végétations n'est pas libre dans la cavité synoviale, mais elle s'insère en nappe sur la face interne de la gaine et sur les deux faces des tendons ; cette insertion est une adhérence intime : il est impossible d'enlever le lipome sans sacrifier la gaine, et, comme on le verra dans notre observation, il est nécessaire, pour faire une ablation complète, de sculpter les tendons qui se perdent dans l'intérieur de la tumeur. D'ailleurs les tendons peuvent être altérés, dissociés, traversés de part en part ou simplement amincis par les lobules gras. On voit donc que la dénomination de lipome n'est pas tout à fait exacte ; il s'agit bien d'une production pathologique de tissu grasseux, mais l'aspect macroscopique, différent

totale du lipome ordinaire qui se présente sous la forme d'une masse circonscrite et généralement encapsulée.

C'est pourquoi certains auteurs se refusent à ranger cette affection parmi les lipomes et la classent dans la catégorie des inflammations chroniques, et il faut reconnaître que la façon dont se comporte le tissu graisseux dans la gaine et au niveau des tendons permet d'adopter cette manière de voir. Mais la difficulté commence lorsqu'il s'agit de déterminer la nature de l'inflammation qui donne naissance à cette synovite. La première idée qui vient à l'esprit, c'est de se demander si l'origine du lipome arborescent des synoviales n'est pas la même que celle présumée du lipome des articulations. On sait qu'on admet généralement que le lipome arborescent des articulations est de nature tuberculeuse.

Cela du moins semble résulter d'un travail de KOUZIME; il n'en est pas moins vrai que le fait n'est pas constant puisque dans certains cas, on a pu trouver un microbe autre que le bacille de Koch et que dans certains autres, on n'en a trouvé aucun. En ce qui concerne le lipome des gaines synoviales, aucun fait ne plaide en faveur de l'origine tuberculeuse, l'inoculation bactériologique est négative, l'examen microscopique et histologique ne fournit aucun renseignement. On ne trouve, en outre, aucun tissu qui rappelle la tuberculose, mais simplement du tissu conjonctif et du tissu adipeux en quantités à peu près égales, si bien qu'on pourrait appeler la tumeur, un fibro-lipome. BAUCA avait émis l'opinion qu'il pouvait s'agir de la transformation graisseuse d'une synovite tuberculeuse, mais comme le fait remarquer KUMMER, il serait véritablement extraordinaire qu'aucun tubercule ne persistât par-ci par-là et cette hypothèse manque de base réelle. Ce dernier auteur pense que le lipome arborescent est une affection différente du lipome, différente aussi de la synovite fongueuse et la considère comme une synovite proliférante. En vérité, je ne sais si l'opinion de KUMMER doit être admise, mais la nature de cette synovite proliférante ne m'apparaît pas très nettement, et il est difficile d'en expliquer l'origine dans l'observation qu'on lira plus loin où le lipome est apparu à l'âge de deux ans sans qu'on ait pu trouver une cause capable de produire une inflammation.

Toutes les gaines tendineuses peuvent être atteintes, mais l'affection est surtout localisée aux extenseurs ou aux fléchisseurs de la main. Il existe une tuméfaction de volume variable suivant les cas, mais dont l'accroissement a toujours été très lent et a demandé ordinairement plusieurs années. Sa forme est allongée dans le sens du tendon et sa surface plus ou moins bosselée.

A la palpation on trouve toujours de la fluctuation, mais il est souvent noté que la tension dans la poche est faible; la tumeur fait corps avec le tendon et se mobilise avec lui.

Enfin, il est souvent possible de détecter une tumeur analogue à celle qui est provoquée par la présence de grains riziformes; un lipome arborescent n'est pas douloureux par lui-même, mais il devient à la longue une cause de gêne pour les muscles dont les tendons sont ainsi rendus faibles, le jeu des tendons plus difficile, la marche rapide, la force du membre diminuée.

En somme, il est facile de voir que les lipomes arborescents sont aussi ceux qui sont à grains riziformes: indolence à l'excitation, marche lente, crépitation et c'est bien pour cela que jamais un lipome arborescent n'a été fait avant l'opération. En fait, on peut dire qu'en médecine, on ne profite pas quand on ne reconnaît pas la cause. Mais cela n'est pas applicable au lipome arborescent des synoviales qui n'a pas de symptôme caractéristique. On peut reconnaître qu'à l'incision. La fluctuation n'est que la fausse fluctuation des lipomes, et la crépitation est vraisemblablement due au froissement l'une contre l'autre des nodosités graisseuses qui constituent la tumeur et dont l'aspect spécial lui a valu le nom de lipome arborescent.

Le pronostic de cette affection apparaît être bénin; peut-être devrait-on faire abstraction de la possibilité de l'origine tuberculeuse, car nous avons vu que cette origine était purement hypothétique et il semble que son évolution si lente ne permette pas de dire que le lipome arborescent des synoviales n'est pas grave. Il est évident que, de vue du traitement, de nombreux cas peuvent être conservés sans aucun inconvénient. L'excision est indiquée lorsque la tumeur est déplaisante au malade ou qu'elle gêne la fonction comme sur le dos de la main par exemple, elle apporte une certaine gêne dans la marche. Il faut savoir que cette excision n'est pas sans certaine difficulté, car il faut souvent dégager un ou plusieurs tendons, la tumeur est confondue avec eux et on risque fort de l'exciser avec eux surtout s'ils sont amincis. Lorsque la guérison est obtenue il faut encore astreindre le malade à un traitement orthopédique qui consiste surtout à maintenir le tendon en lui faisant faire des mouvements de flexion et d'extension.

Voici maintenant notre observation :

Un jeune garçon de 8 ans est amené à la consultation de chirurgie des enfants de la Charité, pour une tumeur du dos. Cette tumeur, située sur le trajet des tendons communs, fait corps avec ces tendons et se mobilise parallèlement à leur direction; elle occu-

une partie plus ou moins large de la saillie qui, d'abord se contracte et se traction devient ensuite permanente. Entre que le placenta ne descend pas rieur. Il s'est produit un *enchatonnement* contraction irrégulière de l'utérus, est bien contracté. Le placenta s'est r, vous le sentez engagé en partie dans les tractions faites sur le cordon ne r au dehors. La main appliquée sur nt, au moment des tractions, la paroi Il existe une *adhérence des membranes*

une délivrance qui, jusqu'alors, avait s devient mou et augmente de volumè. mme pâlit. Son pouls devient extrême- 110, 120 pulsations à la minute). Ou ndant un temps plus ou moins long, sanguin abondant d'emblée, soit un qui coïncident avec les phénomènes haut. Il y a une *hémorrhagie* qui met e l'accouchée.

**PATHOGÉNIQUES.** — Dans le cas aut réveiller les contractions utérines lécoller et pour expulser le placenta. it adhérent, qu'il soit enchatonné ou tétanisé, il faut procéder à son extrac- dhérences, en effet, la contraction de ite à produire le décollement complet. onnement ou de tétanisation, l'expect- endre l'intervention plus pénible.

par adhérences des membranes, la pratiquer le décollement manuel de ne pas s'exposer à en abandonner une

l'hémorrhagie, il est indispensable de ui permettre de se rétracter complè- même son hémostase.

— **I. INERTIE UTÉRINE.** — Pour habituellement temporaire, la *stimu-* par des pressions, des frictions, véri- à travers la paroi abdominale, sont tes. Si ces petits moyens ne réussissent résultat incomplet, ayez recours aux les d'abord, *intra-utérines*, au tiseptique à 48°-50°.

— Dans ce cas vous pouvez attendre s'il ne survient pas d'hémorrhagie. est évident qu'il ne faut plus compter relle.



III. **ENCHATONNEMENT, TÉTANISATION.** — Dans les cas d'enchâtonnement, de rétention par tétanisation utérine, faites, **le plus tôt possible, la délivrance artificielle.**

IV. **HÉMORRHAGIE.** — Dans les cas d'hémorragie, ne perdez pas de temps. Toute tergiversation est dangereuse. **La délivrance artificielle** s'impose immédiatement.

**Délivrance artificielle. — A.** — Rappelez-vous que vous ne devez opérer qu'après avoir **aseptisé vos mains avec le soin le plus scrupuleux**, et avoir, fait avec les plus grandes précautions une toilette antiseptique de la vulve et du vagin. La moindre faute peut, dans ce cas, à cause du contact direct qui va s'établir entre votre main et la face interne de l'utérus, avoir les conséquences les plus graves.

**B)** Si vous êtes tant soit peu inexpérimenté, faites placer la patiente en position obstétricale. L'intervention en est facilitée. Insinuez doucement la main droite dans le vagin ; puis, suivant le cordon ombilical qui la guide, faites-la pénétrer dans l'utérus que maintient votre main gauche appuyant, à travers la paroi abdominale, sur le fond de l'organe.

**C)** Le plus souvent, vous trouverez le placenta en partie décollé.

**a)** Si les adhérences sont faibles, vous n'aurez qu'à insinuer votre main entre la face externe du placenta et la paroi utérine et à opérer la séparation avec le bord cubital de la main par quelques mouvements semblables à ceux que vous faites quand vous voulez séparer ainsi les feuillets d'un livre.

**b)** Si les adhérences sont solides, faites agir le bout des doigts, en agissant par petits coups, de proche en proche « à peu près comme pour enlever la peau d'une orange », selon l'expression de Tarnier.

**c)** Lorsque le placenta est totalement adhérent, cherchez, sur son bord, le point qui vous offrira le moins de résistance et décollez-le à ce niveau, puis, poursuivez le décollement comme il a été dit plus haut.

**D)** Quand le placenta est complètement détaché, libre dans l'utérus, saisissez-le à pleine main et entraînez-le au dehors, très lentement, de façon que les membranes se détachent bien de la face interne de l'utérus et que la matrice se contracte énergiquement.

**E)** Donnez, alors, une **grande injection intra-utérine antiseptique à 48°**, qui, excitant les contractions utérines, mettra la femme à l'abri des hémorragies secondaires et assurera, en même temps, l'asepsie de la cavité utérine.

**F)** Examinez l'arrière-faix. S'il manque un cotylédon, n'hésitez pas à réintroduire la main pour le décoller et l'extraire.

**G)** Vous pouvez, au cours de l'intervention, rencontrer quelques difficultés :

1° D'abord, des *adhérences extrêmement serrées*. Vous en viendrez à bout à force de patience et de persévérance et, si vous ne brusquez rien, vous pourrez extraire le placenta au complet.

2° Ensuite, la *résistance à l'introduction de la main qui peut opposer* soit l'orifice contracté de la loge qui contient le placenta, dans le cas d'enchâtonnement, soit la contraction du col utérin dans le cas de tétanisation due à l'ergot de seigle.

**a)** Dans le premier cas, vous vaincrez presque toujours la résistance avec de la *patience* et de la *douceur*. Introduisez dans l'orifice un doigt, puis deux. Dilatez lentement le collet, et petit à petit votre main pénétrera. Vous serez maître de la situation.

**b)** Dans le cas de tétanisation, de spasme total, vous pourrez échouer dans vos efforts pour pénétrer dans l'utérus. Remettez alors l'opération à quelques heures. Faites donner à la patiente un grand *bain chaud*, pratiquez une injection hypodermique de 1 ou 2 centigrammes de *morphine* et *renouvelez vos tentatives sous anesthésie chloroformique*.

3° Dans le cas d'*échec complet de ces tentatives* répétées pendant vingt-quatre ou trente-six heures et devant l'immense danger que fait courir à la femme la rétention du placenta à terme, il ne reste plus que la ressource de l'*hystérectomie totale* qui ne doit être faite, cependant, qu'après démonstration évidente de l'impossibilité de faire la délivrance.

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 28 Mars 1902

Présidence de M. CHARMEIL.

### Quatre cas d'hypothyroïdie chez des enfants

**M. Ausset.** — Les travaux d'HERTOGHE ont fait connaître avec précision les troubles qui dépendent d'un défaut de fonctionnement de la glande thyroïde. Cet auteur a, en particulier, décrit une hypothyroïdie bénigne. Les modifications glandulaires capables d'entraîner de pareils états sont ou primitives, ou acquises. Dans ce dernier cas, elles peuvent dépendre, par exemple, de la syphilis, du rachitisme, d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire, etc. Elles amènent un infantilisme acquis, qui est identique à l'infantilisme congénital, comme l'a mis en lumière BRETON, dans sa thèse.

Je vous présente d'abord un enfant de trois ans, sans nul antécédent morbide héréditaire. Il a été nourri au sein jusqu'à 17 mois, s'est développé normalement jusqu'à cet âge, après avoir eu sa première dent à six mois. Le sevrage a été brusque et a été suivi d'une gastro-entérite extrêmement grave. Alors, l'intelligence a diminué ; l'enfant est devenu gros, bouffi, avec un facies lunaire. Depuis deux



mois qu'il est soumis au traitement thyroïdien, le développement reprend ; mais les organes génitaux sont atrophiques et la verge est fort peu développée. Cet enfant a fait du rachitisme par fermentations gastro-intestinales et les poisons du tube digestif ont agi sur la thyroïde pour aduler son fonctionnement et créer l'hypothyroïdie. Au cours du rachitisme d'ailleurs, bien d'autres organes sont atteints : de là par exemple, la micropolyadénopathie, etc.

Voici un second enfant plus éveillé que le précédent. Il y a un mois, avant le traitement, il était anéanti, ne manifestait aucune impression. Il est âgé de deux ans et demi, a été nourri au sein. A la suite d'une gastro-entérite grave, il a pris un facies caractéristique. La peau est très épaisse, sèche et rugueuse ; derrière le cou est un pannicule adipeux très épais. Les organes génitaux sont normaux, mais un testicule est petit. Avant le traitement, le mamelon était rentré et ombiliqué.

Je vous montre un autre enfant de 4 ans, qui m'a été adressé par M. GAUDIER. Il est né à huit mois, a été nourri au biberon et fort mal. Il n'a marché qu'à trois ans ; il parle à peine. Pas de dents avant deux ans. C'est un adénoldien typique. Il est triste, ne joue pas ; son intelligence est inférieure. La peau est sèche, le pannicule adipeux très développé. Le thorax est celui d'un rachitique. Ici, l'hypothyroïdie est-elle primitive ou secondaire ?

Enfin, j'observe un enfant de 4 ans et 3 mois, né à terme, sans antécédents héréditaires, nourri à la soupe dès sa naissance. Il ne marche pas, parle à peine, a un teint jaune cireux : il est petit et obèse, perd ses urines, est constipé avec des selles glaireuses. Il n'a que 12 dents ; le ventre est énorme, le facies lunaire ; la fontanelle est encore ouverte. Jusqu'à 15 mois, la santé a été bonne : puis est venue une gastro-entérite et alors l'état actuel s'est développé. L'enfant qui a plus de 4 ans est tel qu'il était à quinze mois. Chez ces enfants, le traitement thyroïdien agit d'une façon merveilleuse.

M. Ingelrans reconnaît qu'il est frappant que, chez trois de ces enfants, l'hypothyroïdie ait succédé à une gastro-entérite grave. M. Ausser dit qu'il s'agit d'une action des poisons du tube digestif sur la glande. Pourquoi ne pas admettre que le microbe qui a créé l'entérite a également créé d'une façon directe une thyroïdite ? Les thyroïdites sont connues au cours des infections et, pour ROGER et GARNIER, elles entraînent parfois la dysthyroïdie.

M. Ausset dit qu'au cours du rachitisme, des infections multiples peuvent se produire. Quel que soit le mécanisme invoqué, l'hypothyroïdie est, dans ces cas, des plus certaine.

#### Discussion sur l'hystérectomie dans l'infection puerpérale

M. Oul. — Dans notre dernière séance, notre collègue M. LE FORT nous a apporté une nouvelle observation d'hys-

térectomie appliquée à la cure de l'infection puerpérale. Malgré l'habileté opératoire et les qualités chirurgicales de notre collègue, l'hystérectomie, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, a donné un résultat négatif. La malade est morte.

Depuis la thèse de Bonamy et la communication faite par M. TUFFIER à la Société de Chirurgie en 1899, la question de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale a donné lieu, l'année dernière, à une longue discussion à la Société de Chirurgie et elle a été agitée de nouveau, en juillet 1901, à la Société d'Obstétrique de Paris.

C'est sur les documents produits devant ces deux sociétés que je m'appuierai pour examiner cette question.

Et d'abord, il faut le reconnaître, les résultats de l'hystérectomie sont loin d'être brillants.

Les voici, résumés en un court tableau.

PICQUÉ	--	1 cas	—	0 mort ;
MONZIE	—	1 cas	—	0 mort ;
TUFFIER	—	3 cas	—	2 morts ;
ROCHARD	—	4 cas	—	4 morts ;
BAZY	—	2 cas	—	2 morts ;
QUÉNU	—	1 cas	—	1 mort ;
CHAPUT	—	2 cas	—	2 morts ;
FAURE	—	7 cas	—	6 morts ;
GOSSET	—	1 cas	—	0 mort ;
LE FORT	—	1 cas	—	1 mort ;
DEMLIN	—	1 cas	—	0 mort ;
PORAK	—	1 cas	—	1 mort ;

Totaux 25 cas — 19 morts.

Ce qui donne une mortalité de 76 %.

Cette proportion même est trop faible. Elle n'est pas l'expression de la vérité.

En effet, le professeur TERRIER déclarait à la Société de Chirurgie que, à Bichat, on avait tenté *un certain nombre de fois* l'hystérectomie dans l'infection puerpérale et toujours sans succès. Voilà une déclaration qui n'est point faite pour améliorer le bilan de cette opération, en admettant que tous les hystérectomistes aient fait part de leurs insuccès au public médical.

Prenons, cependant, ce chiffre de 76 % de mortalité comme représentant la réalité. Je crois, avec M. RICARD et avec beaucoup d'accoucheurs que, même dans les infections puerpérales très graves, comparables à celles pour lesquelles on a pratiqué l'hystérectomie, le traitement conservateur n'a jamais donné et ne donnera jamais de résultats aussi pitoyables.

Je sais bien que les hystérectomistes convaincus nous déclarent avec assurance que toutes les femmes qu'ils ont opérées auraient succombé si l'opération n'avait pas été faite et s'appuient pour émettre cette affirmation sur les lésions trouvées dans l'utérus même ou sur la constatation

de rétention dans sa cavité de débris placentaires ou membraneux.

Or les lésions suppuratives de la paroi utérine sont rares.

Elles sont notées dans les cas :

1° de PICQUÉ. Abscès de la paroi utérine communiquant avec des abcès multiples du ligament large.

2° de MONZIE. — Infiltration purulente de la paroi utérine et suppuration de deux fibromes utérins.

Dans tous les autres cas, aucune lésion de la paroi utérine n'a été constatée.

Enfin, nous trouvons 3 cas (2 de J. L. FAURE et celui de LE FORT) dans lesquels il existait de la rétention de débris placentaires ou membraneux.

En résumé, sur ces 25 observations, il y a en a 20 dans lesquelles aucun fait *anatomique* n'est noté qui justifie l'hystérectomie.

De ces faits anatomiques, d'ailleurs, seuls les cas de rétention sont cliniquement constatables par l'exploration digitale de la cavité utérine. Or, dans les cas plus haut cités, cette exploration n'a pas été faite alors qu'elle eût probablement permis de nettoyer l'utérus mieux qu'un curetage.

Quant à la suppuration intra-pariétale de l'utérus, il me paraît tout à fait impossible de la diagnostiquer et, par conséquent, d'en faire état comme indication opératoire.

Il faut bien le dire, d'ailleurs, cette méthode radicale de l'hystérectomie paraît être trop facilement mise en usage par quelques chirurgiens.

C'est ainsi que GOSSET pratique d'emblée une hystérectomie sans avoir tenté aucun autre traitement ; que J. L. FAURE opère le soir même d'un curetage utérin et que mon ami LE FORT n'attend que vingt-quatre heures le résultat du curetage qu'il a pratiqué.

Ce sont là, me semble-t-il, interventions un peu hâtives, car on ne peut demander au curetage d'amener la chute immédiate de la température qui ne s'abaisse souvent qu'au bout de deux ou trois jours et même après un second curetage.

Une intervention aussi rapide risque donc fort d'être injustifiée.

Quant à l'intervention tardive, ou plutôt retardée, elle arrivera dans la plupart des cas alors que l'utérus ne sera plus en cause et que l'infection sera généralisée.

Ce qui le prouve, c'est la persistance de la fièvre, quand la malade succombe au bout de plusieurs jours, c'est aussi le très lent retour à l'apyrexie ou les poussées fébriles de la convalescence dans les trop rares cas de guérison.

Ces accidents, je les trouve notés dans les observations de TUFFIER, de PICQUÉ, de GOSSET, de DEMELIN, de MONZIE.

Ainsi, les hystérectomistes se trouvent dans l'alternative soit de pratiquer une intervention précoce tout à fait

injustifiée, soit d'intervenir tard et alors, presque toujours trop tard.

J'ajouterai que l'hystérectomie, faite presque toujours dans des conditions fort incertaines qui sont loin de démontrer son utilité, présente de réels dangers.

Que l'hystérectomie soit, chez une femme en bon état général, une opération sérieuse, cela ne fait aucun doute. Qu'elle soit une opération d'une extrême gravité chez une femme infectée, profondément intoxiquée, extrêmement affaiblie, c'est incontestable.

En laissant de côté les cas comme celui de TUFFIER, où la malade a succombé à une péritonite cinq jours après l'opération, comme celui de ROCHARD, où il existait une phlébite des ligaments larges, cas dans lequel l'opération risque fort de déterminer des embolies, on constate, à la lecture des observations, que le choc opératoire a, dans le plus grand nombre des cas, été la cause déterminante de la mort.

Somme toute, je ne suis guère convaincu que l'hystérectomie ait réellement sauvé les quelques malades qui lui ont survécu. En revanche, elle en a certainement tué un certain nombre ou, si vous préférez cet euphémisme, elle les a abrégées.

Comme notre rôle n'est point d'abréger nos malades, même quand leur mort nous paraît assurée, car notre pronostic est trop sujet à erreur, j'estime que l'hystérectomie, dans l'infection puerpérale, est une mauvaise opération et qu'il vaut mieux n'y avoir point recours.

M. Lambret. — L'hystérectomie pour infection puerpérale ne se fait plus ; mais elle n'a pas assurément causé la mort de femmes que le curetage n'eût pu sauver. Il en est ainsi du cas de M. LE FORT. Si, dans l'infection puerpérale, l'hystérectomie donne 90 pour 100 de mortalité, cela tient à la maladie et non à l'opération. Je l'ai pratiquée deux fois, avec un succès. Dans un cas, je suis intervenu très hâtivement ; faisant un curetage pour rétention placentaire, à un moment mon instrument a passé dans le ligament large. L'hémorragie m'amena à faire l'hystérectomie et la malade guérit. Dans le second cas, la malade était très infectée et elle mourut le lendemain de sa maladie, non pas de l'opération. Celle-ci constitue un mauvais moyen, car on n'a aucune indication nette en présence de tel ou tel cas ; mais elle ne tue pas les opérées.

M. Drucbert dit que la question est ici la même que dans l'appendicite. Il est des cas où il faut opérer, d'autres où il faut s'abstenir. Tout dépend de l'intoxication générale du sujet, d'où la conclusion qu'il est préférable d'intervenir au début.

M. Ausset dit que, comme dans l'appendicite, on doit être prudent. Il cite un cas d'infection puerpérale où il a suffi d'un curetage. Or, deux jours après cette interven-

lade a de malades du dehors, arrivant très infectées dans les services de chirurgie.

Si la température reste élevée et que l'état s'aggrave, il y a lieu d'enlever l'urérus.

M. Oul fait observer que, contrairement à ce que suppose M. LE FORT, les chirurgiens qu'il cite ont très souvent opéré vite, au bout de trois ou quatre jours, par exemple. En réalité, beaucoup de ces cas, sont des cas hospitaliers. Son avis est que les femmes ont plus de chances de guérir quand on ne les opère pas que si on fait l'hystérectomie.

M. Lambret répond qu'en présence de cas graves, on est autorisé à pratiquer des interventions graves. Quand on parle de guérison obtenue sans opération, c'est qu'on s'en souvient bien davantage que des cas où cette abstention a été suivie de mort.

#### Lipomatose généralisée

MM. Drucbert et Ingelrans présentent un malade qui a déjà fait l'objet d'une communication de leur part le 11 octobre 1901. C'est un homme de trente-cinq ans qui, à ce moment, avait des lipomes symétriques des avant-bras. Depuis lors, les tumeurs ont augmenté de volume et un assez grand nombre d'autres ont apparu sur le tronc. Leur multiplication et leur dissémination sont curieuses.

M. Folet signale un fait où il a pu compter jusqu'à deux cents de ces lipômes disséminés. Ce sont des exemples de ce qu'on a désigné autrefois sous le nom de diathèse lipomateuse.

### MOTS DE LA FIN

UN NOUVEAU RÉVULSIF. — « Vous lui mettrez sur le côté de bonnes applications de papiers Rigollot », commande le savant praticien.

Le soir il revient voir son malade, trouve sur le point douloureux trois ou quatre épaisseurs de journaux : *Rire, Sourire, Pêle-Mêle*, etc.

— Mais qu'avez vous donc mis là, s'écrie-t-il.

— Ce que nous avons mis ! Mais monsieur le docteur, le marchand de journaux nous a dit qu'il n'y avait rien de mieux comme « rigolo ».

(Lyon Médical).

#### OUVRAGES REÇUS

— **Le paludisme, sa prophylaxie**, par le docteur LE DANTEC, agrégé de la Faculté de Bordeaux, extrait des *Questions diplomatiques et coloniales*.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES.** — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration. De 3 à 6 cuillerées à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.

D' Ferrand. — *Trait. de méd.*)

### RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX

## NEUROSINE PRUNIER

(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphilitique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** : Hôtel-Dieu d'Abbeville : Anus herniaire datant de trente-sept mois. Guérison, par le docteur Henri Douriez. — Un nouveau cas de caléisme chronique, par Ovide Bouret, externe des hôpitaux. — **CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES** : Appendicite, par MM. le professeur L. Dubar et le docteur G. Potel. — **VARIÉTÉS ET ANECDOTES**. — **INTÉRÊTS PROFESSIONNELS**. — **NOUVELLES ET INFORMATIONS**. — **BIBLIOGRAPHIE**. — **STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE**.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### HÔTEL-DIEU D'ABBEVILLE (Somme)

#### Anus herniaire datant de trente-sept mois Guérison

par le docteur Henri Douriez

J'ai eu l'occasion de fermer un anus iliaque datant de trente-sept mois et consécutif à une kélotomie pour hernie inguinale gauche. De l'hôpital d'incurables où on l'avait relégué, le nommé Garb... me fut adressé le 2 septembre 1901, pour un prolapsus récent du bout inférieur par la plaie abdominale.

L'état du malheureux était lamentable ; les matières fluaient, très liquides, par l'anus artificiel : deux à trois heures après chaque repas survenait un flot diarrhéique. Par le rectum, rien ne passait ; seulement de temps à autre, il y avait issue de glaires et de mucus.

L'anus siégeait à deux travers de doigt au dessus du ligament de Poupart, à trois travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-inférieure. La portion externe livrait passage aux matières fécales ; de la portion interne s'échappait un boudin de muqueuse rouge, framboisée, long de douze centimètres environ, aisément réductible, mais non coercible.

La peau de l'abdomen, des plis génitaux, de la face antérieure de la cuisse gauche, constamment irritée, était le siège d'une dermatite hypertrophique, congestive, à plis transversaux.

Le malade extrêmement amaigri, blanchi, semblant un vieillard de soixante-quinze ans bien qu'il n'eût pas atteint la soixantaine, toujours tourmenté par la soif et par une faim vorace, était dans un état de cachexie profonde. Objet d'horreur pour ses camarades et pour lui-même, il était tombé après une période de

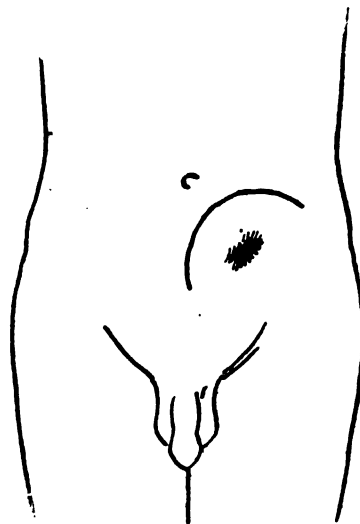


Figure 1

mélancolie dans une apathie stupide, presque en enfance : mentalement, c'était un gâteux.

Quelle que fût la dépression du sujet, il n'y avait pas d'hésitation sur la conduite à tenir. Le lendemain, bain et purgation. Savonnages et pansements humides renouvelés. Le surlendemain, intervention avec



où le milieu, le manque d'aides, la gravité de l'état général l'auront désigné comme procédé de nécessité, — qu'il soit définitif comme premier temps de l'ablation d'un néoplasme rectal.

Tenons-nous en à l'anús post-herniaire. L'orifice cutané siège en l'une des régions accoutumées, canal inguinal, canal crural, ombilic. La peau de l'abdomen est le siège d'un érythème intense ; le derme s'altère à la longue, s'infiltre, s'épaissit ; des complications érysipélateuses ne sont pas rares. A l'orifice cutané succède un trajet intermédiaire à la constitution duquel concourent le tissu cellulaire, les débris du sac et la paroi intestinale elle-même. Cet infundibulum est tapissé de muqueuse.

Au fond de l'entonnoir membraneux s'ouvrent les orifices intestinaux, séparés l'un de l'autre par un éperon qui s'oppose au passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur ; celui-ci finit par s'atrophier, parfois s'oblitérer.

Si le segment terminal de l'intestin demeure perméable aux matières, il y a simple fistule stercorale ; pour qu'il y ait anus contre nature proprement dit, il faut que la totalité des fèces s'écoule par l'ouverture anormale.

C'est là une infirmité qui, quoique ne menaçant pas immédiatement la vie, la compromet par ses complications possibles (engouement, péritonite), par l'insuffisance d'absorption intestinale, qui la rend intolérable par la déchéance physique et mentale qui en résulte.

Donc il faut viser à guérir tout anus herniaire.

Avant de tenter la cure on peut attendre trois mois : 1° parce que, surtout s'il s'agit d'une fistule simple, la guérison peut survenir spontanément ; 2° parce que durant les premières semaines, des phlegmons périherniaires peuvent se former qui créeraient une cause surajoutée d'infection.

Passé trois mois, il faut opérer. Mais quelle intervention choisir ?

L'entérotomie de DUPUYTREN, en supprimant l'éperon et en rétablissant le cours des matières a été une heureuse innovation, très rationnelle au point de vue physiologique et a donné de beaux succès. Mais c'est une méthode douloureuse qui a provoqué des morts par syncope, c'est une méthode dangereuse qui expose à la blessure d'une anse interposée entre les deux anses ouvertes ; c'est une méthode infidèle qui est loin de donner toujours une guérison radicale.

La section de l'éperon, suivie de la suture des bords incisés, telle que l'a préconisée RICHELOT est moins aveugle ; mais elle n'est pas toujours suffisante. Il faut en arriver à l'occlusion de l'anús.

L'entérorraphie latérale, après dissection de la paroi, adossement des lèvres de l'orifice par une suture à double étage, ne convient qu'aux fistules et non aux anus proprement dits.

La laparotomie pratiquée à distance de l'anús, pour évoluer en tissu sain, suivie suivant le cas ou de la résection des anses ouvertes, ou de leur anastomose, peut seule remplir l'indication.

S'agit-il d'un anus récent, où la libération des adhérences péri-anales ne provoquera pas trop de dégât, où les deux anses sont encore d'un calibre sensiblement égal, où le mésentère fournit assez d'étoffe pour mobiliser sans peine les portions intestinales à aboucher, on résèque les bouts attendant à l'anús et l'on unit, soit au bouton de MURPHY, soit mieux par une suture à double étage, le bout afférent et le bout efférent.

Les adhérences, l'inégalité de calibre, la brièveté du mésentère rendent-elles cette manœuvre impossible, reste la ressource de l'entéro-anastomose qui aussi bien est, pour nombre de chirurgiens, le procédé de choix dans tous les cas.

Qu'on abouche par leur face libre les deux anses accolées en canon de fusil, comme dans la figure 2, — ou qu'on fasse chevaucher le bout supérieur sur l'inférieur comme le veut DOYEN, afin de ne pas troubler le sens de l'ondulation péristaltique, il importe assez peu : la perméabilité large du canal intestinal est rétablie. Quant aux deux bouts cutanés, on peut, après les avoir fermés, les laisser s'éliminer à la peau, en hâtant leur destruction par des cautérisations répétées ; mieux vaut, quand la chose est possible, les réséquer dans la même séance.

### Un nouveau cas de caféisme chronique

Par Ovide Bouret, externe des Hôpitaux

La consommation de café dans la région du Nord est, par tête d'habitant, un peu élevée. Mais, dans la classe ouvrière, comme toujours, en matière d'excitant, l'abus est près de l'usage. Aussi, trouve-t-on, dans la population qui s'hospitalise ou dans celle qui vient demander conseil aux consultations gratuites,

féisme chronique. Il y a une symptomatologie un peu d'intoxication pour les causes étiologiques et les phénomènes

En février, à l'offenseur COMBEMALE, caféisme chronique, de relater l'histoire

... âgée de quarante ans, l'œil vif et brillant, éprouvait, en même temps, au niveau du cou, dans un état de stress, vingt ans, elle eut des convulsions, à deux mois. Rien de héréditaire, ce qui la concerne, malade, excepté de temps pendant des vertiges suivis de

toux pas, il n'y a pas de poumons.

les digestions sont bonnes; et il existe chez elle une constipation chronique. Malgré l'appareil urinaire qui pût faire songer

à l'intact: pas de lésions artérielles, pas d'artériolites; mais ne présente pas

sur, la malade se sent ainsi dire contournée par les agueurs qui occupent. Rien de particulier, si ce n'est que la circulation des membres supérieurs est normale, mais on ne sent pas de nerfs que nous

présente à la région triangulaire, s'étendant jusqu'à la racine de l'arcade au niveau d'une des deux arcades

est formée par une cause: nous inspec-

tons cette région, et elle ne nous présente aucun changement de coloration, aucune modification thermique appréciable; mais il n'est pas niable que toute cette région est hyperesthésique: la malade nous apprend que lorsqu'elle se trouve à l'air libre, toute cette zone lui semble glacée; d'autre part, la pression à cet endroit est douloureuse, bien que la pression du nerf sus-orbitaire ne réveille aucune douleur.

A côté de ces troubles hyperesthésiques, il faut noter une impression continuelle de froid; elle recherche la chaleur et se dit plus sensible qu'autrui aux variations de température.

Elle appelle ainsi l'attention sur un prurit principalement localisé aux jambes qui ne l'a pas quittée depuis cinq ans sans toutefois être assez intense pour occasionner des lésions de grattage; ce prurit, mieux ces fourmillements, ne se sont jamais accompagnés d'éruption.

Un autre trouble important, ce sont les vertiges: Elle en présente depuis plus de quinze ans, assez intenses dans les dix premières années pour amener des chutes assez fréquentes; la malade commençait par avoir la vue troublée, tout semblait tourner autour d'elle, le sol paraissait se dérober sous elle, elle se sentait prise d'une sensation indéfinissable de défaillance et elle tombait pour se relever immédiatement; le tout durait quelques secondes, puis pendant quelques minutes elle avait la tête lourde et tout s'arrêtait là; toutefois chaque vertige n'amenait pas nécessairement une chute. Depuis cinq ans environ du reste la chute ne se produit plus; la malade n'a plus que de simples vertiges, deux ou trois fois par jour.

Il nous a paru intéressant de rechercher si notre malade était sujette aux rêves et quelle en était la forme. Presque toutes les nuits elle rêve, mais ces rêves n'interrompent pas son sommeil, ils n'ont rien des rêves des alcooliques; pas d'animaux féroces ou immondes, pas de cauchemars, pas de rêves professionnels; elle ne voit que des parents, des amis, des personnes même qui lui sont totalement indifférentes.

Poursuivant notre examen, nous n'avons trouvé aucune modification des divers réflexes: pas de troubles de l'ouïe, pas de troubles de la vue autres que ceux qui apparaissent au moment des vertiges; nous avons noté que la malade avait assez souvent des céphalées; mais nous n'avons pas constaté le signe de Romberg, non plus de douleurs à la pression des nerfs; pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie, sauf au niveau du front; enfin, pas de signes d'hystérie.

En présence de cet ensemble symptomatique: vertiges suivis de chute, tremblement des mains, fatigue rapide, douleurs vagues, sensation de froid, prurit, céphalées, rêves, constipation opiniâtre, l'attention était nécessairement attirée vers l'idée d'une intoxication; ce ne pouvait être que le café qui était en cause.

L'interrogatoire à ce sujet fut concluant: la malade convient facilement qu'elle est très gourmande de café: De quatre heures et demie du matin à sept heures, avant de se mettre au travail, elle absorbe, chaque jour, cinq à six bols de café; à neuf heures, elle déjeune de café au lait, puis elle ne prend que deux

ou trois tasses seulement dans le restant de la journée. C'est donc presque exclusivement le matin à jeun que le café est ingéré.

Elle confesse qu'à elle seule elle consomme près d'une demi-livre de café en grains par semaine, soit trente à trente-cinq grammes par jour; du reste, elle a soin d'en extraire tous les principes actifs, comme le montre sa manière de faire. Presque tout le café destiné à être utilisé dans la journée est placé dans la cafetière dès le matin et c'est le même café qui fournira le petit noir pour toute la journée, excepté pour le dîner où elle en ajoute un peu. Les aveux de la malade sont complétés par le renseignement suivant : Depuis cinq ans, elle boit un peu moins de café, ce qui paraît coïncider avec la disparition des chutes durant le vertige.

La thérapeutique que nous recommandâmes à cette malade a consisté en un gramme de bromure de potassium par jour, et une consommation un peu moins grande de café. Les résultats ne nous sont point connus, car la malade, qui nous avait fait promesse de revenir à la consultation chaque semaine, ne s'y est jamais plus présentée.

## Consultations Médico-Chirurgicales

### APPENDICITE

**INFORMATIONS CLINIQUES.** — Rien de plus varié que les formes cliniques de l'appendicite. On peut cependant les grouper en un certain nombre de types.

1° Un individu, souvent sujet à des troubles intestinaux, est pris soudain d'une douleur vive au pourtour de l'ombilic ou dans la partie inférieure droite de l'abdomen; en même temps il présente des vomissements alimentaires, que l'on rapporte à une indigestion. On le trouve pâle, anxieux, les traits tirés mais non grippés. La plus grande partie de l'abdomen est sensible. Il y a de l'hyperesthésie marquée autour de l'ombilic et dans la fosse iliaque droite. Le maximum de la douleur à la pression du doigt répond à un point occupant le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite ou un peu en dessous (point de Mac Burney). La palpation profonde est mal supportée et donne peu de renseignements en raison de la défense de la paroi (contraction musculaire). La température est un peu plus élevée que la normale, (quelques dixièmes de degré à un degré et demi). Le pouls bat 100, 110 pulsations à la minute. On assiste à un *début d'appendicite*.

2° Quelques heures avant votre arrivée le malade a ressenti de violentes coliques ou une douleur ponctive dans la fosse iliaque droite, plus souvent des douleurs diffuses dans tout l'abdomen. Des nausées, puis des vomissements répétés, muqueux, verdâtres, amers sont apparus. Le ventre est à peine ballonné, partout sonore et très sensible. La face est contractée, grippée. La température n'est pas très élevée,

quelquefois même au-dessous de la normale. Le pouls est très fréquent, petit, déprimé. Les généraux s'accusent avec une grande gravité. Les yeux s'excellent, s'entourent de cercles noirs, les extrémités se refroidissent axillairement. Le malade s'agite, du moins au début, ou bien, le malade déclare qu'il se sent soulagé. Vous avez affaire à une *appendicite suraiguë*.

3° Vous voyez un malade trois ou quatre jours après le début d'une appendicite. Les vomissements et alimentaires sont devenus plus fréquents, la constipation est opiniâtre, ou bien il y a des selles fétides peu abondantes. Le malade est météorisé, douloureux dans presque toute la palpation la douleur a son maximum à la fosse iliaque droite. La soif est vive, la langue sécheresse, ment grippé, péritonéal. La température s'élève, elle atteint 39°, parfois 40°, fréquente, 120 à 130. Vous êtes en présence d'une *appendicite avec péritonite*, étendue à la plus grande partie de l'abdomen.

4° Voici un malade arrivé au cinquième jour d'une appendicite. Que le début ait été violent, ou au contraire insidieux, les douleurs fugaces et quelques vomissements se sont localisés dans la fosse iliaque droite, voisinage immédiat. Il existe à la fosse iliaque un point de Mac Burney. La palpation est douloureuse, une sorte de gâche ou de paroi. Les phénomènes généraux sont assez vifs. Température oscillant entre 38° et 39°, assez rapide. Il s'agit d'un *abcès appendiciteux*.

5° Un autre malade arrivé au cinquième jour d'une appendicite, après avoir présenté des accès de douleur, des vomissements opiniâtres et une fièvre assez vive pendant les premiers jours, a vu tous ces phénomènes cesser, la température s'est abaissée à peu près à la normale. Les selles abondantes et fétides se sont produites dans la région de la fosse iliaque droite, qui n'est plus qu'encore un peu sensible, mais d'une sensibilité appréciable. L'*appendicite s'est terminée*.

6° Chez ce même malade, vous êtes appelé à un intervalle de quelques mois plus tard, et, dans leur intervalle, des troubles habituels. Vous avez affaire à des crises de douleurs, à une forme d'*appendicite à*

**INDICATIONS PATHOGÉNIQUES.** — L'appendicite est un diverticule de l'intestin, toujours



ongueur, son volume, pour effet d'impression-  
tion domine toute la

ournée à une simple  
ence le plus souvent que  
é de l'appendice aux  
e, a-t-elle envahi toute  
s ? ; l'infection atteint  
plus ou moins grande  
virulence des agents  
culaire, limité par des  
fusées purulentes, des  
e au milieu des anses  
ominales. L'inflamma-  
? ; une perforation de  
t très rapide le péritoine  
aient pu opposer une  
ire, c'est-à-dire quand la  
es jours après le début  
es pour que des adhé-  
action reste limitée. En-  
ées d'appendicite créent  
rs, tout autour de la  
roprotectrices, qui limitent  
; si une poussée plus  
et permettent d'espérer

donc dans tous les cas,  
moins étendue, tantôt  
ais à quoi tient cette  
ction ? surtout à deux  
é de l'agent microbien,

t d'infection en vingt-  
oir eu le temps de faire  
microbienne est moins  
t déversés en moindre  
endice ou de la direc-  
rences protectrices se

si un grand rôle. Les  
nieux à l'infection que  
ithologiques antérieurs  
e résistance et favori-

indication formelle et  
ossible l'infection et  
iséquemment l'intoxi-  
ut de plus soutenir les  
ugmenter la résistance

Pour remplir la première indication, certains auteurs déclarent qu'il faut toujours et aussi vite que possible supprimer la cause du mal, c'est-à-dire l'appendice. Partant de cette constatation, malheureusement trop vraie, qu'il n'existe aucun criterium au début d'une appendicite, qui permette au médecin d'affirmer la gravité ou la bénignité de l'affection, ils érigent en axiome que dès que l'appendicite est diagnostiquée, voire même soupçonnée, le ventre doit être ouvert et l'appendice réséqué.

Cette formule séduisante par sa simplicité ne saurait être adoptée en pratique. Il y a des appendicites bénignes, qui ne réclament pas la laparotomie au moins pendant la période aiguë. D'autre part toutes les périodes de l'appendicite ne sauraient se prêter avec facilité et sécurité à la recherche de l'appendice malade ; les recherches, si elles ne sont pas commandées par un état grave et pressant, peuvent être nuisibles, en détruisant des adhérences en voie de formation et en généralisant l'infection, qui tendait naturellement à se localiser.

Sans adopter la pratique de certains chirurgiens qui de parti pris attendent toujours que la période aiguë soit passée et n'interviennent qu'à froid, nous pensons qu'il faut se comporter différemment suivant les formes qui se présentent à notre observation, a) qu'il y a des cas où le traitement médical seul suffit, b) que dans d'autres faits il faut intervenir dès le début, et réséquer l'appendice, c) que d'autres fois il ne faut intervenir qu'au bout de quelques jours, réséquer l'appendice si on le trouve facilement, se contenter de drainer dans le cas contraire, d) qu'enfin dans les appendicites à répétition, il n'y a lieu de réséquer l'appendice qu'après la première ou la seconde récurrence, c'est-à-dire quand il est démontré que cet organe est une source continue de danger pour l'organisme.

En résumé, nous verrons que la marche clinique de l'affection, et la pathogénie des accidents qui l'accompagnent, commandent habituellement l'intervention, et que rares sont les cas où l'abstention est possible. **La question la plus délicate, celle qui se pose le plus souvent, n'est pas de savoir s'il faut intervenir, mais quand il faut intervenir.** Nous discuterons les indications à propos des différentes formes d'appendicite.

**TRAITEMENT. — 1° Appendicite au début.** — L'appendicite est une affection dont la marche est extrêmement variable. Il n'existe, au début aucun signe qui permette d'affirmer que l'affection sera bénigne ou grave.

a) **L'affection date de quelques heures.** — a) Lorsque vous êtes appelé dans les premières heures et que votre diagnostic est absolument certain, si vous pouvez réunir **toutes les conditions d'une opération aseptique**, cherchez à faire accepter au malade et à la famille une **intervention**

**Immédiate.** L'opération sera simple, habituellement sans danger et efficace.

β) Si le diagnostic reste indécis, ou si, comme c'est le cas habituel, la famille du malade n'accepte pas une intervention aussi hâtive, prescrivez le **traitement médical** qui sera exposé plus loin.

**Intervention.** — Nous supposons l'intervention acceptée, après une désinfection soignée de la peau (n'oubliez pas que vous allez intervenir au milieu du péritoine) faites une incision légèrement courbe, commençant vers la partie moyenne du ligament de Fallope à deux centimètres au-dessus de ce ligament dont elle suit la direction jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure dépassée, d'une longueur à peu près égale au trajet déjà parcouru.

La paroi ouverte, réclinez l'épiploon, garnissez votre plaie de compresses éponges, et allez à la recherche de l'appendice que vous trouverez soit en dedans, soit en arrière du cœcum, détachez-le de ses légères adhérences et amenez-le au jour. Il est souvent gros, tuméfié, en érection.

A un centimètre et demi de l'insertion cœcale, placez sur le méso une bonne ligature à la soie que vous ramenez sur l'appendice, en serrant ici très doucement, car les parois se coupent avec une extrême facilité. Sectionnez au thermocautère, et détruisez la muqueuse, à fond, avec la pointe rougie. Si vous n'êtes pas absolument sûr de l'asepsie du foyer appendiculaire, drainez pendant quelques jours et fermez en partie la paroi, pour éviter l'éventration ultérieure.

b) **L'affection date de quelques jours.** — Il y a déjà eu une réaction péritonéale manifeste. La fosse iliaque droite est sonore dans toute son étendue; mais il semble qu'il existe déjà un très léger empâtement. Ici l'expectation est à conseiller, surtout chez les enfants. Le péritoine est dans un travail de défense, des adhérences se forment qui limiteront l'infection. Mais expectation n'est pas synonyme d'inertie. On se tiendra **prêt à intervenir à la moindre alerte.**

**Traitement médical.** — En attendant on instaurera le traitement médical dont les points essentiels sont: Repos absolu au lit, dans la position dorsale; **diète** complète, ne tolérer qu'un peu de lait coupé; **opium** et **lavements**; larges applications de **glace** sur tout l'abdomen.

La glace doit être appliquée en permanence, et si l'amélioration se fait sentir, on devra en continuer l'application deux jours après la disparition de tout point douloureux. On tiendra entre le sac de glace et la peau, un morceau de flanelle sèche, pour **éviter les gelures de la peau**. Si le sac de glace était trop lourd et trop pénible à supporter, on suspendrait le sac à un cerceau, qu'on obtiendra très facilement en coupant en deux un cercle de tonneau.

On se gardera bien de donner des purgatifs. **En pareil cas un purgatif peut être mortel.** Ceci est facilement compréhensible. Alors que le traitement doit chercher à favoriser

la production des adhérences protectrices, le purgatif va amener des violentes contractions péristaltiques de l'intestin, rompre les adhérences et porter le pus à travers la cavité abdominale.

Ce traitement médical de l'appendicite permettra dans la plupart des cas d'éviter les complications si dangereuses du début, péritonite et infection.

Le résultat peut être différent: ou bien il se forme une collection purulente localisée, ou bien les accidents disparaissent, et il se forme un boudin un peu dur, non douloureux, formé par des adhérences. Nous verrons plus loin quelle est la conduite à tenir dans chacun de ces cas.

Malheureusement, malgré ces soins, deux graves complications peuvent survenir: l'infection et la péritonite.

**2° Appendicite avec intoxication suraiguë.** — Ces cas sont extrêmement graves et aboutissent à peu près fatalement à un désastre. Néanmoins on devra intervenir, tout en ne s'illusionnant pas trop sur les résultats de l'intervention. Presque toujours les malades meurent intoxiqués malgré l'opération, avant d'avoir le temps de faire de la péritonite.

Dans tous les cas, on devra aller à l'appendice, l'enlever, drainer les poches de sérosité s'il s'en trouve, essayer de remonter l'organisme par des injections répétées de **sérum artificiel**, soutenir le cœur dont le muscle faiblit, soit par la **spartéine**, soit par la caféine, faciliter la diurèse et l'élimination des toxines.

**3° Appendicite avec péritonite ayant tendance à se généraliser.** — Après quelques jours, où l'appendicite a paru être localisée à droite, les phénomènes péritonéaux se généralisent et s'aggravent. L'abdomen se météorise, devient douloureux dans toute son étendue. Les vomissements bilieux deviennent porracés. Le pouls faiblit. Le faciès devient grippé, franchement péritonéal.

Mais ne croyez pas toujours trouver un tableau clinique aussi complet. Il existe des formes ambulatoires de la péritonite où celle-ci se localise surtout dans le bassin. Nous avons vu un malade venir à pied à la maison de santé, Opéré le soir même, il avait deux litres de pus dans la cavité abdominale. Le lendemain, il était mort.

**La menace de la péritonite est une indication formelle à l'intervention.** Bien souvent vous ne réussirez pas à sauver vos malades. Mais dans des cas exceptionnels au moins, vous pourrez par une intervention hâtive et bien faite les guérir d'une affection qui, livrée à elle-même, sera toujours mortelle.

Faites une incision dans la fosse iliaque droite, mais, si le pus a fusé dans toute la cavité abdominale, n'hésitez pas à pratiquer des contre-ouvertures sur la ligne médiane ou dans la fosse iliaque gauche. Placez de gros drains dans chaque ouverture, et lavez abondamment le péritoine à l'eau bouillie légèrement salée. Laissez vos incisions ouvertes et faites un large pansement absorbant.

par les injections de **spartéine**, parfois, trop rarement malade.

Les phénomènes qui toine dans sa totalité. boudin dans la fosse me une tumeur franformelle. **Il faut aller** as que la suppuration npre dans la péritoine. sentiez nettement la précieux.

si dépend un peu de ; on devra toujours lus court chemin. en e séreuse péritonéale.

I. — Le cas le plus cal adhérent à la paroi nais recommandez à ou le **brossage de la** Jne pression un peu vité abdominale.

ieux, sinon la fluctua- ce niveau. Arrivé au ntement. Réclinez, si feuillet péritonéal est e sonde cannelée va ssez votre incision et

orez de l'œil et du ice se présente à vous re. Voyez s'il ne reste ais ne poussez point s de rompre les adhén- nt le malade contre la

ns un centimètre de dans les diverticules **le gaze**, la gaze fait

**génée** à 4 volumes. ux crins de Florence. sision pour diminuer **ratiquez des panse-** e à l'eau oxygénée, dixième jour coupez i peu du fond vers la

La palpation nous lément dans la fosse

iliaque un boudin, voire même une collection. Mais il existe de la sonorité en avant. La pression en arrière, au-dessus de la crête iliaque est très douloureuse.

a) **Abcès volumineux**. — Faites votre incision très près, à un travers de doigt seulement de l'épine iliaque antéro-supérieure. Arrivé sur le péritoine, vous constatez que le feuillet pariétal n'a pas subi de modification ; par transparence vous apercevez l'intestin. Restez en dehors, décollez le péritoine, en vous gardant de l'ouvrir, jusqu'à ce que vous arriviez profondément dans la fosse iliaque. Vous verrez bientôt le péritoine s'épaissir, devenir lardacé, verdâtre. A ce niveau donnez un coup de sonde cannelé avec précaution. Le pus va sourdre. Introduisez votre doigt et agrandissez l'incision, détruisez les loges accessoires, et drainez ; si le drainage se fait mal, faites au besoin une contre-ouverture à la région lombaire ; donnez ensuite les mêmes soins que pour le cas précédent. Ceci est simple pour l'abcès rétro-cœcal volumineux, mais d'autres éventualités peuvent se présenter.

β) **Abcès peu volumineux**. — Vous faites votre incision, vous ouvrez le péritoine et vous trouvez la cavité péritonéale absolument libre. Le cœcum, placé en avant, coiffe et recouvre un abcès appendiculaire gros comme une mandarine.

Si vous êtes bien aidé, bien éclairé, abondamment pourvu de compresses éponges, il faut **tenter l'extirpation de la poche et de l'appendice** comme s'il s'agissait d'un pyo-salpyx. Après avoir garni de compresses l'intestin et le péritoine, essayez de libérer le cœcum, videz au besoin la poche par aspiration avec le Potain, puis décortiquez et enlevez l'appendice. Essuyez bien la région, désinfectez et faites un drainage soigneux.

Mais si vos moyens sont limités, si vous manquez de compresses éponges, **il ne faut point tenter une intervention aussi périlleuse**. Contentez-vous d'aller chercher l'épiploon, suturez-le par quelques points de catgut à la paroi antérieure du cœcum et au feuillet péritonéal pariétal. décollez légèrement la poche en dehors et glissez un drain dans ce plan de clivage, pansez à plat. Au bout de vingt-quatre heures, des adhérences se seront formées qui isoleront votre champ opératoire, et, si l'abcès vient à s'ouvrir, empêcheront l'infection péritonéale. Vous pourrez alors traiter l'abcès comme dans les cas précédents.

c) **Abcès appendiculaires à siège anormal**. — Enfin on peut trouver des abcès appendiculaires un peu partout, à travers la cavité abdominale, dans le flanc gauche, autour de l'ombilic, entre la vessie et le rectum, dans la région hépatique, etc. On se rappellera que ces abcès peuvent être ou bien des abcès consécutifs à une inflammation d'un appendice ectopie, ou bien des abcès secondaires migrants, si l'on veut, avec une appendicite au siège normal.

Le praticien devra se conformer dans chaque cas à la

règle unique. **Aller au pus, et l'évacuer en évitant l'infection du péritoine.** Il devra se guider suivant chaque cas particulier, faire une incision antérieure, lombaire, vaginale au besoin. Nous ne pouvons envisager ici tous les cas, si complexes, que l'on peut rencontrer dans la pratique.

5° **Appendicite chronique ; Appendicite à répétition.** — Quelques mois après une attaque d'appendicite heureusement terminée par résolution, à la suite de quelques écarts de régime, d'un voyage en chemin de fer, les accidents primitifs réapparaissent, tantôt plus graves, parfois moins sérieux. Le traitement médical a encore raison de cette alerte. Mais le malade qui se sent menacé demande à être débarrassé.

A quel moment convient-il d'opérer ? Combien de temps après une crise aiguë, l'appendicite peut-elle être opérée « à froid » ? Les avis sont partagés, car les cas eux-mêmes sont variables. Certains malades ont des rechutes presque à époques fixes, et il faut tenir compte de cette indication. Dans la grande majorité des cas, on pourra **intervenir deux mois après une crise aiguë.** Des recherches bactériologiques ont montré que dans certains cas, le pus, trouvé six semaines après la crise, autour d'un appendice, était stérile. Deux mois constituent donc une bonne moyenne. Cette période sera augmentée, si la convalescence est longue, si la douleur persiste, avec une sensibilité péritonéale assez accusée.

Le manuel opératoire sera identique à celui qui a été déjà indiqué. **Préférez l'incision latérale** à l'incision médiane, vous verrez plus clair dans la région cœcale, et vous risquerez moins d'infecter la grande séreuse dans le cas où il resterait quelques colonies microbiennes virulentes. **Servez-vous plus du thermocautère que des ciseaux** pour détruire les adhérences ; c'est le meilleur antiseptique et hémostatique. La recherche et la libération de l'appendice enfoui au milieu d'une gangue d'adhérences sont souvent très pénibles. Procédez doucement pour ne pas ouvrir le cœcum. Vous arriverez ainsi à libérer complètement l'appendice et à l'enlever. S'il existait une perforation intestinale, vous la traiteriez par les procédés ordinaires : suture à la soie fine, en ayant soin de ne pas serrer trop fortement, les tissus inflammatoires se coupant avec la plus grande facilité. Drainez pendant quelques jours et immobilisez l'intestin.

6° **Appendicite tuberculeuse.** — Cette variété d'appendicite a une marche clinique et un traitement bien particuliers. Ici les symptômes locaux du début sont beaucoup moins dramatiques. Il s'agit d'un malade jeune, qui depuis quelque temps, maigrit beaucoup, a des sueurs nocturnes. Il se plaint depuis quelques jours de son flanc droit. La palpation permet de constater la présence d'une tuméfaction peu douloureuse, dont les limites peu précises se perdent dans le reste de la cavité abdominale.

Ici, en dehors du traitement général qui est celui de toutes

les tuberculoses, et sur lequel nous ne nous appesantirons pas, il faut intervenir, et d'autant plus volontiers qu'on se rappellera que nombre de péritonites tuberculeuses guérissent par la simple laparotomie.

C'est donc une **laparotomie latérale** que l'on pratiquera ; s'il existe une poche contenant du pus grumeleux, on l'ouvrira et la drainera, comme un abcès froid ordinaire, et on aura parfois l'heureuse surprise de voir le malade guérir à la fois de sa tuberculose appendiculaire et de sa tuberculose péritonéale.

7° **Complications et suites de l'appendicite et de l'intervention.** — Le praticien pourra observer quelques complications comme suite de l'appendicite, ou du traitement chirurgical. Ces complications qu'il devra traiter, parfois même prévenir, sont les fistules stercorales et l'éventration.

**Fistules stercorales.** — Il est relativement fréquent d'observer quelques jours après une ouverture d'abcès appendiculaire la présence de matières fécales dans le pansement. Ceci tient à ce fait que l'appendice s'est détaché, et que par l'orifice cœcal sort le contenu intestinal.

Ces fistules stercorales sont généralement d'un pronostic bénin et guérissent dans la grande majorité des cas spontanément en quinze à vingt jours. Les fistules consécutives à la tuberculose appendiculo-cœcale sont beaucoup plus tenaces et tiennent le plus souvent à une ulcération de la paroi du cœcum. Quand ces fistules persistent, on doit leur opposer un traitement chirurgical sur lequel nous ne pouvons nous appesantir ici. C'est le traitement général des fistules pyo-stercorales.

**Eventration.** — L'éventration est une conséquence fréquente, facile à éviter de l'intervention chirurgicale. Comme dans cette opération on ne rétablit à peu près jamais les plans de la paroi, les muscles se rétractent, et lors du résultat final, le péritoine n'est guère séparé de la peau que par un mince feuillet fibreux. Aussi, si l'on ne fait pas porter au malade une bonne **ceinture hypogastrique**, l'éventration est presque fatale.

Le médecin ne devra donc pas permettre à son malade de se lever sans ceinture. Ce sera le moyen le plus simple et le plus efficace de lui éviter cette complication si gênante et si pénible.

Professeur L. DUBAR et Docteur G. POTEL.

## VARIÉTÉS & ANECDOTES

### L'art dentaire en Amérique

Tout le monde sait qu'il n'est point de pays où l'art du dentiste soit plus florissant qu'en Amérique. C'est une des premières choses que constate l'étranger débarquant à New-York et M. Paul BOURGET a noté, dans son *Outremer*, le nom-

ne dans l'intérêt de ce dernier, et le cas où le patron a stipulé au nom et pour le compte de ses ouvriers.

Si le traité intervenu entre le médecin et le chef d'industrie a été passé par ce dernier dans son intérêt exclusif et personnel, par exemple, en vue d'alléger les risques de responsabilité lui incombant en cas d'accident, le contrat est au regard des ouvriers *res inter alios acta*, convention dont ils ne peuvent pas se prévaloir ; et, par suite, ils sont sans qualité pour réclamer directement au médecin l'exécution de cette convention.

Si, au contraire, il apparaît que le chef d'industrie passant la convention avec le médecin, a stipulé et pour le compte de ses ouvriers, ceux-ci pourront agir au médecin l'exécution de la convention en action directe, soit comme s'ils avaient pris personnellement et directement à la conclusion de cette convention. La loi française admet, en effet, qu'une personne restée étrangère à une convention, peut néanmoins revendiquer le bénéfice, soit parce que l'un des contractants a stipulé pour cette personne (art. 1121 C. civ.) soit parce qu'il s'est constitué le gérant d'affaires de la personne (art. 1372 et 1374 C. civ.).

Reste donc seulement à savoir quand on se trouve en présence d'une *stipulation pour autrui* ou en présence d'une *gestion d'affaires*. Mais ceci est une question de fait. Souvent, les termes de la convention, écrite ou non, intervenue entre le médecin et le chef d'industrie, laisseront aucun doute sur la solution que comporte la question. Dans le cas contraire, on consultera les circonstances, et on s'enquerra notamment du point de savoir qui pèse, en définitive, la charge des honoraires au médecin. Si ces honoraires sont, par exemple, payés en tout ou en partie, au moyen de prélèvements sur les salaires des ouvriers, il y aura là une circonstance indiquant suffisamment que le patron, bien qu'il n'ait seul dans la convention avec le médecin, a, en réalité, stipulé au nom et pour le compte de ses ouvriers, et ceux-ci auront, par suite, une action directe contre le médecin.

C'est, en somme, l'application, par analogie, des principes admis au cas d'assurance collective contractée par le patron au profit de ses ouvriers. Dès lors qu'un patron assure ses ouvriers contre les risques professionnels collectivement et même sans leur participation, en payant une prime prélevée sur leurs salaires, il est considéré comme leur gérant d'affaires. En consentant à la retenue sur leurs salaires, c'est-à-dire en payant les primes au moyen de cette retenue, les ouvriers s'approprient la gestion d'affaires. Il en résulte la formation d'un droit entre l'assureur et les ouvriers, lien de droit qui donne à ces derniers une action directe pour obliger l'assureur au versement de l'indemnité convenue en cas d'accident.

J. JAC

## NOUVELLES &amp; INFORMATIONS

## Association des Anatomistes

L'Association des Anatomistes vient de tenir sa 4<sup>e</sup> réunion à Montpellier, sous la présidence de M. le professeur SABATIER. Plus de 60 membres y assistaient. Parmi les savants étrangers on remarquait : MM. BARDELEBEN, BUGNION, R. y CAJAL, ETERNAD, FUSARI, JULIN, KEIBEL, ROMITI, SWAEN, WALDEYER, VAN DER STRICHT, etc... Plus de 30 communications ont été faites, suivies de nombreuses démonstrations. Une excursion aux laboratoires maritimes de Cette et de Banyuls a complété cette session.

La prochaine réunion aura lieu à Liège sous la présidence de M. le professeur SWAEN (MM. JULIN, VAN DER STRICHT, FRANCOTTE, vice-présidents), du 6 au 8 avril 1903.

Les Congressistes lillois étaient M. le professeur LAGUESSE, MM. JOUVENEL et LOOTEN, étudiants en médecine.

La célébration du Centenaire de l'Internat en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris est fixée au 24-25 mai, la date du 13 avril n'ayant pu être conservée en raison de la période électorale.

Le programme est ainsi arrêté : Samedi 24 mai : A 2 heures, Séance solennelle dans la Salle des Fêtes du Trocadéro ; à 7 h. 1/2, Banquet au Palais d'Orsay. Dimanche 25 mai : A 2 heures, Inauguration du monument élevé dans la Cour d'honneur de l'Hôtel-Dieu à la mémoire des Internes morts victimes de leur dévouement ; à 8 h. 1/2, Représentation à l'Opéra-Comique, au bénéfice de l'Association amicale des Internes et Anciens Internes.

— Une circulaire a été adressée le 8 avril à tous les internes et anciens internes : cette circulaire contient des renseignements essentiels pour tous ceux qui veulent participer au Centenaire (chemins de fer, représentation, médaille, etc.), les Souscripteurs qui ne l'auraient pas reçue sont priés de le faire savoir au Trésorier, 2, rue Casimir-Delavigne.

## UNIVERSITÉ DE LILLE

## SOUTENANCE DE THÈSE

M. P. DURIEUX, de Pont-sur-Sambre (Nord), a soutenu, avec succès, le mercredi 9 avril, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 74), intitulée : *Etude sur les angines aiguës à pneumocoques*.

— Nous relevons parmi les récentes promotions dans le Corps de santé militaire la désignation de MM. les docteurs LE MITOUARD, médecin major de 2<sup>e</sup> classe, pour le 23<sup>e</sup> dragons à Sedan ; LORENTZ, aide-major de 1<sup>re</sup> classe, pour le 12<sup>e</sup> chasseurs à cheval à Saint-Mihiel ; BLANCHARD, promu major de 1<sup>re</sup> classe et désigné pour le 33<sup>e</sup> d'infanterie à Arras.

## Notre Carnet

Le 5 avril a été célébré le mariage de notre excellent et distingué confrère M. le docteur P. DEMOULIN, de Croix, avec Mademoiselle MADELEINE DUMOULIN. Nous adressons aux jeunes époux nos meilleurs compliments et souhaits.

## UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Toulouse. — M. le docteur AUDEBERT, agrégé, est chargé d'un cours de clinique obstétricale.

Lyon. — M. le docteur BORDIER, agrégé, est chargé d'un cours de physique médicale en remplacement de M. le docteur MONOYER, en congé pour raisons de santé.

M. le docteur JABOULAY, agrégé des Facultés, est nommé professeur de pathologie externe.

Alger. — M. le docteur BRAULT est nommé professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.

M. le docteur BRUCH est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

M. le docteur VINCENT est nommé professeur de clinique chirurgicale.

M. le docteur CURTILLET, est nommé professeur de clinique des maladies des enfants.

Caen. — M. le docteur MARAIS est nommé, après concours, chef de clinique médicale.

Besançon. — M. le docteur PRIEUR, professeur d'histologie, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école.

Grenoble. — M. le docteur LEPINE est nommé chef des travaux de physiologie.

Poitiers. — M. le docteur FAIVRE est nommé professeur de clinique médicale.

Limoges. — M. le docteur EYMERI, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé d'un cours de physiologie.

## Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont nommés Chevaliers : MM. les docteurs GUIMBAIL, de Monaco ; RIGODON, de Montbrison (Loire).

Instruction publique. — Est nommé Officier de l'Instruction publique : M. le docteur BREUCQ, de Bayonne.

## Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Adolphe HENROT, de Reims (Marne) ; FLEUROT, de Dijon ; DEMOREY, de Gevrey-Chambertin (Côte-d'Or).

CABAUD, interne des hôpitaux de Lyon.

**Guide pratique d'Histologie Normale et Pathologique, Technique et Diagnostique**, par L. ALQUIER et E. LEFAS, internes des Hôpitaux de Paris, préface par V. CORNIL, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol. in-8 de 423 p., avec 151 fig. noires et color. 12 fr. (J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Le livre que publient MM. Alquier et Lefas répond parfaitement à son titre de *Guide pratique d'histologie*. Dans son format petit in-8, en 423 pages dans un texte compact, mais éclairé par 151 figures, il réalise le type parfait du manuel. Et l'on est étonné du nombre et de la valeur des documents qu'il contient sous un si petit volume.



# L'ECHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

ABONNEMENT  
5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT  
pour les ÉTUDIANTS  
3 fr. par an.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oui**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** : Sur l'emploi du lait stérilisé industriellement dans l'alimentation des nourrissons des grandes villes, par le docteur **M. Oui**. — Les convulsions de l'enfance (Étiologie, symptômes, diagnostic et traitement), par le docteur **E. Ausset**, professeur agrégé. — Hystérectomie vaginale pour épithélioma du col de l'utérus ; Statistique des cancers utérins entrés depuis onze ans à l'hôpital de la Charité, par **J. Drucbert**, chef de clinique chirurgicale et **G. Minet**, interne des hôpitaux. — SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD (Séance du 11 avril 1902). — Propos de vacances. — MOIS DE LA FIN. — NOUVELLES ET INFORMATIONS.

## TRAVAUX ORIGINAUX

Sur l'emploi du lait stérilisé industriellement dans l'alimentation des nourrissons des grandes villes (1)

par le docteur **M. Oui**,

agrégé des Facultés de médecine

chargé du cours complémentaire d'accouchement à l'Université de Lille

La discussion soulevée par mon ami **VARNIER** au sujet de l'emploi du lait stérilisé à 110° dans l'allaitement et au moment du sevrage présente un intérêt considérable.

Si, en effet, de l'avis unanime, le lait stérilisé industriel ne présente que de minimes inconvénients lorsqu'il est associé à l'allaitement au sein, les accusations dont il est l'objet, en tant qu'aliment exclusif, doivent nous préoccuper sérieusement.

Bien que le plus grand nombre des mères soient capables ou d'allaiter complètement leur enfant ou de pratiquer tout au moins l'allaitement mixte, il n'en

(1) Communication à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie.

reste pas moins que certaines mères, malgré leur bonne volonté, sont incapables de nourrir, alors que leur situation sociale ou quelque cause pathologique ne leur permet pas d'avoir recours à une nourrice mercenaire.

Dans ce cas, faut-il rejeter complètement le lait stérilisé industriel et le remplacer par le lait bouilli ou par le lait stérilisé à l'aide de l'appareil **GENTILE** ?

Pour résoudre la question par l'affirmative, il faudrait établir, d'abord, que le lait stérilisé à 110° est le facteur véritable des maladies telles que le rachitisme, la maladie de **BARLOW** ou les troubles gastro-intestinaux tardifs dont on l'accuse d'être la cause.

Il serait nécessaire, en second lieu, de prouver que le lait bouilli ou stérilisé à domicile ne présente pas les mêmes inconvénients.

Ni l'une ni l'autre de ces démonstrations ne me paraît avoir été faite.

La consommation du lait stérilisé industriel a pris dans ces dernières années un développement considérable. Si ses méfaits étaient aussi grands qu'on le dit, la maladie de **BARLOW** et le rachitisme auraient dû devenir singulièrement fréquents. Or, le rachitisme ne paraît pas avoir augmenté et la maladie de **BARLOW** demeure une rareté pathologique.

Restent les troubles digestifs tardifs. A ce point de vue, il me paraît téméraire d'accuser le seul lait stérilisé à 110°. Que l'allaitement pratiqué avec ce produit donne assez fréquemment des enfants pâles,



léniable ; mais j'ai vu chez des enfants (du tel) bouilli ou L. GUINON.

rris au sein jusqu'à moment du sevrage, li, paraissant, par illeures conditions t-huit mois à deux t présenté des acci-habituellement, de ves et, en tout cas, *nts étaient des sura-régime alimentaire*

ourris de lait stérilisé de l'accuser de it innocent et dont ioment du sevrage, nsi que le régime

110° ne me parait ou stérilisé à domi-sons, je le trouve icerne les résultats ndes villes.

de croire à la pos-is, dans la plupart 'accorde généreuse-ait trait depuis cinq INON, d'employer le en réalité, applica-

ocurer du lait frais e lait stérilisé indus-int de vue autre que eux, au moins dans

culture industrielle érable, les bestiaux oins fréquemment, idus de brasserie ou exerce sur le lait, et ons, une fâcheuse .M (de Liège).

aux fillettes âgées de la démonstration de

Dans le premier cas (allaitement artificiel), le nourrisson âgé de quatre mois et demi, et dont les parents habitent la banlieue de Lille, recevait du lait *frais* trait dans une ferme voisine et stérilisé quelques minutes après la traite à l'aide de l'appareil GENTILE. Presque tous les repas étaient suivis de vomissements. Le poids de l'enfant augmentait à peine de quelques grammes par jour. Sur mes conseils, la mère s'enquit du mode de nourriture des bestiaux, et apprit que les vaches recevaient abondamment des drèches. Je fis prendre à l'enfant du lait stérilisé industriellement. Les troubles cessèrent et l'accroissement de poids devint absolument régulier.

L'autre enfant, âgée de cinq mois était soumise à l'allaitement mixte, le lait de vache entrant pour une moitié environ, dans son alimentation. Les mêmes vomissements se produisaient, malgré que le lait fût apporté, par suites de circonstances spéciales, une heure environ après la traite et immédiatement stérilisé. L'augmentation de poids était insignifiante. Je fis immédiatement employer le lait stérilisé industriel et tout rentra dans l'ordre. Quelques jours plus tard, après enquête faite, nous apprenions que les vaches qui avaient fourni le lait, cause de troubles digestifs, étaient nourries avec des drèches.

Pour avoir du lait *frais*, les habitants des villes, et en particulier, des grandes villes, seront toujours obligés de le prendre dans la banlieue. Certes, dans toutes les banlieues de grandes villes, la nourriture des animaux ne sera pas aussi défectueuse qu'elle l'est trop souvent dans le Nord ; mais il n'est pas téméraire de penser, cependant, que les environs des grandes villes ne permettent guère de nourrir les animaux dans d'aussi bonnes conditions que les pays de pâturages d'où provient habituellement le lait stérilisé industriellement.

Depuis la vulgarisation du lait stérilisé, les mères ont trop facilement cru que, seule, la qualité du lait importait à la santé des enfants. La stérilisation domestique ayant leur confiance au même degré que la stérilisation industrielle, elles ont paisiblement gavé les bébés de l'un ou de l'autre, suivant les circonstances, et, avec l'un comme avec l'autre, elles ont trop souvent abouti à produire des troubles digestifs.

La véritable cause de ces désordres, c'est la mauvaise réglementation de l'alimentation, et aussi, il faut bien le dire, cette idée fausse, trop répandue dans les familles, que l'allaitement artificiel est abso-

lument inoffensif du moment qu'on le pratique avec le lait stérilisé.

C'est à cette croyance que nous devons de voir trop souvent des enfants sevrés prématurément ou allaités artificiellement, alors que l'allaitement mixte eût été possible.

Il y a eu des déboires ; mais il serait injuste d'en faire supporter la responsabilité à tel ou tel mode de stérilisation.

Pour me résumer, je dirai que, en ce qui concerne les résultats immédiats, le lait stérilisé industriellement me paraît offrir le maximum de sécurité, tant au point de vue de la stérilisation qu'au point de vue de la composition.

Ses pernicious effets tardifs ne me sont point démontrés, et, comme mon ami VARNIER, j'attends qu'on me les démontre pour cesser de l'employer.

### Les convulsions de l'enfance

(Étiologie, symptômes, diagnostic et traitement)

par le docteur E. Aussat,

professeur agrégé, chargé de cours à l'Université de Lille (1)

(Je n'ai, bien entendu, en vue ici que les convulsions dites essentielles, idiopathiques, celles qui ne sont pas liées à des altérations des centres nerveux ; je n'entends m'occuper en aucune façon de celles qui sont symptomatiques de grosses lésions encéphaliques, telles que les tumeurs, les méningites, etc...)

Je n'ai pas l'intention de faire ici une étude complète aussi bien au point de vue étiologique qu'aux points de vue clinique et thérapeutique. Je désire seulement attirer l'attention sur quelques points particulièrement importants tant en ce qui concerne les conditions dans lesquelles se produit le syndrome « convulsion » que pour ce qui touche la clinique et le diagnostic différentiel.

Bien des causes sont susceptibles de provoquer la crise convulsive, mais je ne crois pas qu'aucune puisse être comparée aux gastro-entérites aiguës ou chroniques. C'est en effet, dans ces cas, que s'observe le plus fréquemment les convulsions, à tel point que, mis en présence d'un enfant qui vient d'avoir de l'éclampsie infantile, le premier devoir du clinicien est de porter son attention du côté du tube digestif.

Depuis 6 ans, en clientèle aussi bien qu'à l'hôpital, j'ai observé 83 cas de convulsions (généralisées ou localisées) ; sur ces 83 enfants, il y en a 70 qui étaient atteints de gastro-entérites chroniques, 1 avait une simple indigestion, et 5 de la gastro-entérite aiguë. Il n'en reste plus que 7 pour

les causes étrangères aux toxi-infect et je note 1 cas, à l'occasion d'une lénale, 3 cas de pneumonie, 1 cas de 2 cas de scarlatine.

Mais ici je m'empresse d'ouvrir tous les traités classiques, et les ém ce Congrès n'ont pas échappé à ce peut lire que le rachitisme est un convulsions ; on sépare pour ainsi d gastro-entérites comme s'il s'agissait gorie tout à fait spéciale, et je dira rachitisme était capable de provoquer dehors et indépendamment de la gastro-entérite, mais on s'entend une bonne du rachitisme. Quest-ce que le ra C'est l'aboutissant de la gastro-entérite traduction clinique par de grosses lésions France imposée à tout l'organisme par au niveau de la muqueuse gastro-intestinale mal alimenté. On veut en faire une dans les études classiques on lui a bien à part et l'on a raison pour la France. Mais, en réalité, c'est élever bien haut l'avis, qu'une complication de la gastro-entérite. On n'est pas rachitique seulement les lésions épiphysaires, des tibias rachitiques ; il y a, bien avant que se manifestent les lésions osseuses, des troubles généraux dus à la gastro-entérite chronique, par de l'anémie, de la polyadénopathie de la rate, du foie, des altérations de la diminution considérable du taux de l'albumine, etc. Tous ces troubles sont l'indice que des lésions organiques sont profondément viciées, particulièrement touchée, les organes spécialement atteints. La moelle osseuse est le processus morbide ; rien de surprenant que les os s'en ressentent et fassent de l'ostéomalacie.

Aussi je ne conçois pas que d'une part on dise que le rachitisme est une des causes des convulsions infantiles et de l'autre on mette en second plan l'action des gastro-entérites dans l'étiologie de ces convulsions. (Elsässer, que je ne comprends que d'autre part on dit « qu'il n'y a aucune relation de cause à effet entre le rachitisme et les convulsions infantiles » Toulouse, page 361).

Dans les deux cas on part d'une erreur à savoir qu'on veut faire du rachitisme à fait à part et entièrement différent de la gastro-entérite chronique, alors que, comme je l'ai dit, le rachitisme n'est que l'aboutissant de la gastro-entérite chronique.

(1) Communication au Congrès de Toulouse (avril 1902).

comme la sclérose pulmonaire est l'aboutissant de la bronchopneumonie chronique et de la dilatation des bronches. Il y a des scléroses pulmonaires très restreintes presque impossibles à déceler, il y en a d'autres énormes qui attirent immédiatement l'attention ; de même il y a des rachitiques sans symptômes visibles, ou du moins sans symptômes osseux très appréciables, à côté d'autres rachitiques présentant d'énormes déformations du squelette. Mais il n'en est pas moins vrai qu'on peut être rachitique avant de présenter *macroscopiquement* des symptômes osseux.

Voilà pourquoi, à mon sens, M. d'ESPINE a pu écrire « la coïncidence des convulsions et du rachitisme est un fait avéré, mais elle varie dans ses proportions suivant les divers observateurs ». Evidemment cela varie suivant les observateurs, puisque, en ce qui me concerne, je déclare que les 70 enfants que j'ai observés, en convulsions, atteints de gastro-entérite chronique étaient tous des rachitiques. Oh ! certes il y en avait qui ne montraient à peine, comme signes osseux, qu'un léger chapelet costal, qu'il fallait rechercher avec attention ; mais tous avaient un gros ventre, tous avaient de la polyadénopathie, tous avaient ces symptômes que j'appellerai les signes de la première période du rachitisme, ceux qui précèdent l'altération osseuse visible, laquelle ne peut se produire qu'ultérieurement, à la longue, après un travail inflammatoire plus ou moins prolongé.

Je dirai donc avec ELSASSER et KASSOWITZ que le rachitisme est la cause la plus fréquente des convulsions de l'enfance, si l'on entend par là que le rachitisme n'est autre chose que la traduction osseuse de la gastro-entérite chronique ; mais je dirai, en revanche, que les convulsions sont infiniment moins fréquentes dans le rachitisme que dans la gastro-entérite chronique si l'on persiste à ne considérer comme rachitiques que ceux qui ont des déformations osseuses, car ces déformations mettent toujours un temps plus ou moins long à se produire, se manifestent quelquefois assez tardivement, tandis que les convulsions sont le plus souvent une manifestation morbide appartenant à la toute première enfance, devenant de plus en plus rare à mesure qu'on s'éloigne de la fin de la première année.

Et j'arrive à la fréquence des convulsions suivant l'âge de l'enfant.

Les auteurs signalent encore quelques cas de convulsions dans la troisième année et exceptionnellement après cinq ans. Je dois dire que je n'ai vu qu'un seul enfant âgé de plus de deux ans, présentant des convulsions. Il s'agissait d'un bébé de 27 mois, habituellement très bien portant, suivant une hygiène alimentaire très sévère, et qui, un jour, trompant la surveillance de son entourage, s'empara d'une poche de figues et en absorba une quantité véritablement énorme. Il fut pris le lendemain de convul-

sions, tomba dans le coma et je fus appelé par le confrère, médecin traitant, qui avait porté le diagnostic de méningite. Frappé par la marche insolite de cette pseudo-méningite, je poussai très avant mon interrogatoire auprès des parents et je découvris l'orgie de figues. Deux jours après l'enfant était guéri.

Pour mes 82 autres malades, il s'agit d'enfants ayant moins de deux ans. En voici le tableau d'ensemble :

0	à 2 mois	0
De 2 mois	à 3 mois	7
De 3 mois	à 6 mois	31
De 6 mois	à 9 mois	18
De 9 mois	à 12 mois	20
De 12 mois	à 18 mois	6
		82

Il résulte de ces quelques chiffres que les convulsions sont bien plus communes pendant la première année de l'existence, et même pendant les 6 premiers mois, puisque j'ai vu pour ces six mois 38 cas alors que pour les 14 autres je n'en ai vu que 44.

Comme l'a si justement écrit M. d'ESPINE, la prédisposition « domine toute l'étiologie de l'éclampsie infantile ».

Je n'ai pas vu un seul cas où l'hérédité de l'enfant n'était pas profondément entachée de nervosisme, ou d'alcoolisme, ou de syphilis. L'hérédité neuro-arthritique joue un rôle particulièrement important et l'on peut être sûr de la retrouver à l'origine de tous ces cas d'éclampsie infantile.

Quant à l'hérédité épileptique, on peut la constater ; je l'ai retrouvée chez deux de nos 83 malades. Mais je ne veux pas pour cela établir aucun lien de parenté entre l'épilepsie et ces manifestations convulsives *accidentelles*. Cette question des rapports des convulsions infantiles avec l'épilepsie est de première importance, car si l'on voulait les assimiler à la grande névrose on en assombrirait d'une façon considérable le pronostic. Les arguments apportés par M. d'ESPINE et par M. MOUSSOUS, qui refusent d'assimiler les convulsions infantiles à l'épilepsie, nous suffisent ; nous y souscrivons avec empressement.

L'attaque d'éclampsie infantile ressemble, a-t-on dit, à l'attaque d'épilepsie. Cela est vrai pour un examen superficiel et si l'on veut considérer la grande crise éclamptique qui est loin de se rencontrer dans tous les cas. Mais si l'on veut bien étudier de plus près les symptômes de la crise éclamptique on ne tardera pas à trouver les différences considérables qui la séparent de la crise épileptique.

La grande crise éclamptique se différencie déjà de l'épilepsie en ce que le cri initial n'existe pas. Dans les cas où il sera noté, on sera alors autorisé à vivement redouter l'épilepsie. Mais, du reste, cette manifestation épileptiforme

Sur mes 83 malades, je ne l'ai noté que 17 fois, dans les 66 autres cas, il s'agissait une fois de spasme de la glotte, et 65 fois de convulsions limitées à une région plus ou moins restreinte, donnant une crise fruste, incomplète, esquissée, disparaissant souvent très rapidement. On rencontre dans ces convulsions *partielles* les différences et les variétés les plus considérables, et l'expression clinique présente une diversité infinie. Ce que l'on voit le plus souvent ce sont les convulsions limitées à la face et à un ou aux deux membres supérieurs ; ou bien en dehors de toute lésion des centres nerveux, c'est un seul côté du corps qui est pris. D'autre fois la convulsion n'affecte que tel ou tel groupe musculaire, et, chose remarquable, on peut observer des mouvements convulsifs localisés à un groupe de muscles qui ont une innervation très différente. Ce sont là des phénomènes qui se rencontrent surtout aux membres supérieurs ; on voit, par exemple, le biceps se convulser isolément. Des faits analogues ont été notés aux membres inférieurs. Ce qui permet ici de dépister l'attaque convulsive fruste derrière ces contractions isolées, c'est qu'on rencontre les mêmes troubles généraux que l'on observe dans la grande crise éclamptique et l'on voit ces convulsions limitées à un membre s'accompagner de perte de connaissance, de troubles circulatoires et respiratoires, et être suivies ensuite d'une période de stupeur, de sommeil comateux. Les convulsions localisées à la face sont celles que l'on observe le plus souvent en tant que convulsions partielles, soit qu'elles occupent tous les muscles de cette région, soit même qu'elles se localisent à un seul côté, à un groupe de muscles, ou enfin seulement aux muscles de l'œil. Ce sont les convulsions localisées aux muscles de l'œil que l'on rencontre le plus habituellement.

On croit donc que bien souvent la grande crise éclamptique épileptiforme fait défaut. Quand elle existe elle peut se montrer soit constituée par du clonisme ou du tonisme pur, soit, le plus souvent, comme l'a dit BAUMES, par « un mélange de tonisme et de clonisme ». Mais ce qui la différencie bien encore d'avec l'épilepsie, c'est que ces mouvements cloniques et toniques ne présentent jamais la même régularité de succession qu'ils ont dans le mal comitial.

Sur les 17 cas de grande crise éclamptique qu'il m'a été donné d'observer, je n'ai jamais noté la forme *tonique pure*. Je n'ai constaté que 4 fois le *clonisme pur* et 13 fois un mélange de tonisme et de clonisme. J'ai constaté plusieurs fois, dans 5 cas, du trismus et de la raideur de la nuque et dans ces 5 cas le plus jeune enfant avait 4 mois ; l'un de ces 5 enfants avait 16 mois et je viens de l'observer chez la fillette d'un de mes confrères atteint de pneumonie, dont l'observation vaut la peine d'être rapportée rapidement au point de vue des accidents convulsifs :

Au début d'une pneumonie l'enfant fit un jour, à midi,

de l'éclampsie infantile est loin d'être une grande crise éclamptique qui durait quelques instants, et dont elle se remit assez vite. À six heures, je venais de l'ausculter introduire le thermomètre dans le rectum. À peine commencé l'introduction, quand éclata une crise de mouvements toniques et cloniques réguliers ; puis, au bout de quelques minutes du corps, *y compris la face*, restaient des cloniques peu étendus, mais des plus réguliers. L'autre côté restait contracturé, en traitement énergique et qu'on m'appliqua classiquement, cette crise cessa jusqu'à dix heures et demie du soir. À quatre heures et demie sans rémission chez cette malade, de la raideur de la nuque très accentuée. Il n'y a donc pas, comme on le croit, que les nouveau-nés qui font du tonisme, du trismus et de la raideur de la nuque

La grande crise éclamptique a deux formes : *convulsions externes*, par opposition à *convulsions internes*. Il s'agit, dans la première, d'une forme clinique toute spéciale, qui présente les caractères des convulsions générales et, dans la seconde, d'une forme plus primitive, mais qui peut aussi se présenter isolément. Ce sont des convulsions qui ressentent principalement les muscles du larynx.

Je n'ai eu qu'une fois l'occasion d'observer la glotte, chez un enfant dont j'ai raconté dans mon troisième volume de clinique les symptômes rapidement ici. Ce petit nourrisson, prenait, devenait tout-à-coup très pâle, se penchait en arrière, il renversait en haut ses genoux, en même temps que sa face prenait une expression de même violacée, la respiration semblait s'arrêter, ne durait que quelques instants, puis la toux se faisait entendre et tout rentrait dans l'ordre. Ces crises se répétaient assez fréquemment.

Il s'agissait d'un enfant très mal réglé, au biberon, et présentant des troubles nerveux. Dans ce cas nous avions affaire à une *crise tonique*, le diaphragme et les muscles contractés, immobiles, puis, l'accès finissait par l'état normal. D'autres fois on a des *convulsions cloniques*, c'est-à-dire que l'on observe de petits mouvements saccadés du diaphragme, de petites inspirations sifflantes ou de petites expirations particulières.

L'étiologie de ce spasme glottique est la même que celle de la grande éclamptie ; il l'accompagne

l'hérédité joue ici aussi un rôle autre chose, et cette autre origine gastro-intestinale, avec son aboutissant naturel, prouve enfin que ce cas que j'ai vu en janvier, cela pour appuyer l'influence des

concerne le traitement des autres tous les traitements proposés. Je désire seulement les pratiques conseillées par nous ne me paraissent pas

graphie par le drap mouillé, durs moyens à diriger contre tièdes, un peu prolongés de re, à 32°, suffisent largement nie, et lorsque l'enfant est

urs, que chez les tout petits maines, ou même de 3 ou 4 l'embryon le bain froid, surtout évé. Outre que les enfants ont toujours une réfrigération par que, du fait des convulsions profondément atteint dans te, il se défend mal contre voir survenir du collapsus. isants, le plus généralement, perthermiques.

it; on peut y laisser l'enfant aint, toute une journée, en heures par exemple.

ouvrera dans les inhalations durs moyens de faire cesser prolonger très longtemps la en laissant l'enfant respirer respire des vapeurs chloro-

iment c'est toute pratique produire de la douleur et de ccès. Il y a des enfants qui asion d'une piqûre par une et donc que la douleur est convulsifs. Comment alors

à des bébés atteints de sérum artificiel; la piqûre guide dans le tissu cellulaire erai jamais appliquer cette ntendu des heures qui sui-

vent de près l'accès convulsif, et où le système nerveux est encore en équilibre instable et où il ne faut qu'une légère excitation pour le déclencher à nouveau. Mais, plus tard, si la maladie causale, gastro-entérite aiguë, pneumonie ou autres, nécessitait cette injection, les inconvénients seraient bien moindres.

Les sinapismes, les bains sinapisés, les bottes sinapisées me paraissent autant de moyens dangereux à employer chez un malade dont le système nerveux est en hyperexcitation. A mon avis, il vaut mieux s'en abstenir.

Avec les bains, le chloral, le chloroforme, et les grands lavements évacuateurs, on possède des armes le plus généralement suffisantes; il ne me paraît pas nécessaire de s'adresser à d'autres susceptibles de se retourner contre le malade.

## Clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Charité

Service de M. le Professeur DUBAR

### Hystérectomie vaginale pour épithélioma du col de l'utérus

#### Statistique des cancers utérins

entrées depuis onze ans à l'hôpital de la Charité

	PAR	
J. Drucbert,		G. Minet,
chef de clinique chirurgicale	ET	interne des hôpitaux.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société centrale un épithélioma du col de l'utérus recueilli dans le service de M. le professeur DUBAR chez une femme de 34 ans. Le cancer de l'utérus n'est pas absolument une rareté à cet âge; nous nous souvenons d'en avoir observé un chez une jeune femme de 23 ans qui avait déjà été opérée 3 ans auparavant pour une ulcération du col rebelle à tous les topiques.

Une malade de 20 ans, atteinte d'épithélioma du cul-de-sac postérieur du vagin est encore en traitement dans le service actuellement.

Cependant comme il semble que depuis quelques années on observe plus de cas de cancers utérins chez des femmes jeunes, il nous a paru intéressant de joindre à notre observation la statistique des cas de cancer de l'utérus entrés depuis onze ans à l'hôpital de la Charité.

OBSERVATION. — V... Emma, âgée de 34 ans, entre le 13 février 1902 dans le service de M. le professeur DUBAR.

Son père vit encore en bonne santé; il a 70 ans. Sa mère est entrée dans le service en septembre 1897 pour des accidents d'occlusion intestinale; depuis quelque temps, elle présentait des alternatives de constipation et de diarrhée; peut-être s'agissait-il d'un cancer du gros intestin; un anus contre nature fut fait et la malade mourut en octobre 1898 à la suite de nouveaux phénomènes d'occlusion.

Comme antécédents du côté des collatéraux, rien de notable à signaler : neuf frères et sœurs sont morts, tous en bas-âge ; quatre sœurs et un frère sont vivants et bien portants.

Notre malade a été réglée à l'âge de 14 ans, ses règles abondantes duraient 5 à 6 jours et ne furent jamais douloureuses. A part quelques maladies dans l'enfance : rougeole, coqueluche, cette femme a toujours eu une bonne santé.

Elle a accouché normalement et à terme, treize fois ; les suites de couches ont toujours été bonnes. Le premier accouchement remonte à 17 ans et le dernier à 11 mois.

Dix enfants sont vivants, les trois autres sont morts entre 11 et 14 mois d'entérite ou de bronchopneumonie. Tous ces enfants ont été allaités pendant 5 à 6 mois, sauf le dernier qui le fut jusqu'au vingtième mois, époque de sa mort.

Dans le courant du mois de décembre, la malade eut quatre fois de petites métrorrhagies qui durèrent 4 à 5 jours ; le 1<sup>er</sup> janvier survient une nouvelle hémorrhagie très abondante et qui se répète à diverses reprises les jours suivants.

La malade n'a jamais ressenti aucune douleur, mais ces hémorrhagies répétées l'inquiètent et la déterminent à entrer à l'hôpital.

Cette femme, quoiqu'un peu pâle, présente un aspect général excellent. A l'examen, on sent au fond du vagin une tumeur grosse comme une mandarine, tumeur dure, bourgeonnante, saignant au moindre contact et qui, serrée par une bride vaginale, donne au premier abord l'impression d'un gros polype qui serait maintenu dans l'orifice élargi du col utérin. Mais quand on abaisse cette tumeur, la lèvre antérieure et l'orifice du col apparaissent et l'on voit que la tumeur siège sur la portion vaginale de la lèvre postérieure.

L'utérus est mobile, la cavité cervicale et le vagin sont intacts ; on est en présence d'un épithélioma bien limité et passible de l'hystérectomie vaginale.

Cette opération est pratiquée le 14 février par M. le professeur DUBAR. Après la toilette d'usage, la lèvre postérieure du col qui porte la tumeur et une large collerette vaginale sont enlevées au bistouri. Une seconde toilette est faite alors et l'hystérectomie vaginale s'achève facilement ; les pinces laissées à demeure sont enlevées au bout de 48 heures, et actuellement, un mois après l'opération, la malade est guérie sans qu'aucun incident soit venu troubler les suites opératoires. La brèche vaginale est en voie de cicatrisation.

Si l'on parcourt les divers traités de chirurgie et de gynécologie, on y lit que le cancer de l'utérus s'observe surtout entre 25 et 50 ans avec un maximum de fréquence entre 40 et 50 ans. C'est l'avis de SCANZONI, de POZZI, de DELBET, de LABADIE-LAGRAVE et LEGUEN, et de SCHWARTZ et RICHE. GUSSEROW qui, dans une statistique qui date de 1886, a réuni les statistiques des autres auteurs, conclut d'après 3385 cas à un maximum de fréquence entre 40 et 50 ans.

En parcourant les registres de l'hôpital de la Charité, nous avons pu relever, de janvier 1891 à décembre 1901, un total de 205 cas pour cette période de onze années. Voici de quelle façon ces cas se répartissent au point de vue de l'âge des malades.

	ANNÉES 1891-96	ANNÉES 1897-1901	TOTAL
23 à 30 ans	4	4	8
31 à 35 »	9	14	23
36 à 40 »	20	20	40
41 à 45 »	24	23	47
46 à 50 »	13	19	32
51 à 55 »	12	10	22
56 à 60 »	4	7	11
61 à 65 »	9	2	11
66 à 70 »	5	1	6
71 à 80 »	4	1	5
	104	101	205

On voit que chacune de ces périodes de 6 et de 5 ans comprend environ 100 cas ; les chiffres correspondants aux âges expriment donc à peu de chose près le pourcentage.

Dans les cinq dernières années le nombre de cas au dessous de 40 ans n'est guère augmenté : 38 % au lieu de 33 %. En tous cas le nombre de cancers observés entre 40 et 50 ans est de 79 (40 % des cas), tandis qu'entre 35 et 45 ans, il est de 87 (44 % des cas).

D'après notre statistique c'est donc entre 35 et 45 ans que l'on observerait le plus grand nombre de cas de cancers de l'utérus ; il ne nous est pas permis de conclure d'après un relevé de 205 cas que le cancer semble évoluer chez des personnes plus jeunes qu'autrefois.

En tous cas, la plus grande fréquence du cancer à cet âge ne peut s'expliquer par l'existence d'un plus grand nombre de femmes ayant 35 à 45 ans, car si l'on consulte les relevés par âge de la population lilloise on ne trouve pas de grande différence dans le nombre de femmes ayant de 30 à 55 ans.

Voici du reste les chiffres que nous empruntons au dénombrement de la population de Lille en 1896, d'après le bulletin de l'Office sanitaire.

La population de Lille comprend au total 115.406 femmes ; au point de vue de l'âge on compte :

de 30 à 34 ans révolus	8.722
de 35 à 39 —	7.157
de 40 à 44 —	7.226
de 45 à 49 —	6.793
de 50 à 54 —	6.134

Il serait donc intéressant que d'autres statistiques viennent s'ajouter à la nôtre pour rechercher si vraiment nous assistons à un rajeunissement d'un cancer autrefois considéré comme une maladie de l'âge mûr et de la vieillesse.

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 11 Avril 1902

Présidence de M. DUTILLEUL, Président.

### Avortement et insertion vicieuse du placenta

M. OUL. — Je présente à la Société un œuf expulsé complet en un temps, à la fin du troisième mois de la

cet avortement est une  
it la grossesse. Elle avait  
lle croyait être ses règles,  
mars. Mais, en l'interro-  
s, les règles de janvier  
s habituelles. En février,  
é beaucoup moins long-  
bondant. Enfin, depuis le  
nt du sang lorsqu'elle se  
avril, accusant, de plus,

ute, ni sur le diagnostic  
tement inévitable. Le col  
deux doigts et une partie  
la nuit, l'œuf que je vous

érêt parce qu'il montre  
ne femme enceinte peut  
males pour de véritables  
tte femme de toute mani-  
t du fœtus qui n'avait  
t l'avortement, prouvent  
e l'insertion vicieuse du  
ntement. Nous y trouvons  
contre la vieille doctrine,  
attribue aux insertions  
hémorragies des trois

attention sur une dernière  
ans cet œuf porte autour  
mbilical. Il est assez rare  
des circulaires du cordon  
aient été signalés, notam-  
r, TAXIL..., il m'a paru

légale on signale comme  
le des règles pendant la

lements hémorragiques  
véritables règles.

s le récent ouvrage de  
règles est affirmée.

imprudent de poser une  
pour en contrôler l'exac-

me streptococcique

de M. Ingelrans et au  
le professeur COMBEMALE,  
la jambe. Cette malade,  
membre inférieur droit

excessivement œdématié depuis le cou-de-pied jusqu'au  
pli de l'aîne.

La peau était rouge, tendue, très enflammée, sans adénite  
dans le pli de l'aîne, sans traînées lymphatiques, sans  
cordon accessible au toucher le long du trajet de la veine  
fémorale. La fièvre était de 40°, l'état général assez  
déprimé. Au premier abord on fit le diagnostic de phlébite.  
Puis, après avoir interrogé la malade, on apprit qu'elle  
avait un passé pathologique de nature à modifier le  
diagnostic. Cette femme, en effet, il y a six ans environ,  
fit une poussée inflammatoire de nature probablement  
érysipélateuse de ce membre inférieur droit. A la suite de  
cette maladie, le membre était resté plus gros. La même  
année, la malade eut deux autres poussées érysipélateuses  
sur ce même membre. Un an après, deux nouvelles pous-  
sées. A la suite de chacune d'elles, le membre restait de  
plus en plus volumineux. Depuis deux ans, la malade  
n'avait pas eu de nouvelle atteinte. En vertu de ces anté-  
cédents, le diagnostic s'imposait on avait affaire à un  
œdème chronique, consécutif à des poussées érysipélateuses,  
appelé par RENÉ FOLLET, dans sa thèse, éléphantiasis ou  
streptococcie de la peau.

On fit une ponction ; on retira un liquide séreux qui,  
ensemencé, donna du streptocoque.

La femme guérit de cette poussée inflammatoire au bout  
de trois jours de séjour à l'hôpital. A noter qu'on lui avait  
fait le deuxième jour, une injection de 20 cc. de sérum  
de MARMOREK. Au bout de quinze jours, on fit une nouvelle  
ponction et un nouvel ensemencement ; mais celui-ci fut  
négatif. C'est d'ailleurs ce qu'on observe habituellement  
dans ces cas. Le streptocoque paraît disparaître une fois la  
poussée inflammatoire passée. A-t-on affaire chaque fois à  
un nouvel ensemencement, d'une peau facile à s'infecter  
par le microbe pathogène ? C'est probable ; car cette malade  
a été deux ans sans avoir de nouvelle atteinte, peut-être  
grâce à une bande élastique qu'elle porte depuis et qui  
met sa jambe à l'abri de tout traumatisme.

M. Ingelrans rappelle que, le 14 février, il a présenté  
avec M. BRASSART, un homme qui avait un œdème segmen-  
taire névropathique. A la même séance, M. LAMBRET a  
rapporté le cas d'un opéré porteur d'un œdème généralisé  
à tout un membre inférieur. Les trois cas sont différents  
les uns des autres. Chez la malade d'aujourd'hui, c'est  
l'infection qui est en jeu. Chez l'homme à œdème segmen-  
taire il s'agissait de névropathie pure et chez l'opéré de  
M. LAMBRET on a eu affaire au trophœdème de MEIGE.  
M. INGELRANS montre la photographie du malade au  
trophœdème, présenté le 5 décembre dernier à la Société  
de neurologie, par M. HERTOGHE. Cet auteur admet un  
trophœdème non héréditaire qu'il y a lieu de séparer des  
œdèmes nerveux, segmentaires, hystériques, de l'œdème  
neuro-arthritique et de l'éléphantiasis nostras. Son malade,



agé de onze ans, ressemble trait pour trait à celui de M. LAMBRET.

M. Lambret, au point de vue du traitement, fait remarquer que, chez son malade, le bas de la jambe était beaucoup plus volumineux que chez la femme présentée aujourd'hui. Aussi, vis-à-vis de l'importance de l'œdème, a-t-il fait l'ablation d'une bande cutanée pour créer une sorte de bas à varices artificiel. Le bon résultat de l'intervention se maintient et on pourrait le compléter en agissant de même du côté interne du membre. La constriction, le massage, la bande élastique ne donnent pas de résultats, parce que la peau est forcée, distendue, et que l'œdème se reproduit fatalement dans la station debout.

M. Le Fort émet des doutes sur la persistance de l'amélioration obtenue. Il croit que cette opération, logique dans le cas de varices, n'est guère de mise dans ces cas où il s'agit de stagnation dans les réseaux lymphatiques et non dans les vaisseaux.

M. Lambret dit que l'opération qu'il a faite n'a aucune gravité et a, en tout cas, fort bien réussi dans son cas particulier.

#### Anastomose vésico-rectale par le procédé de Maydl chez une chienne. Mort au bout de 366 jours

M. Drucbert présente l'appareil urinaire d'une chienne, morte 366 jours après l'abouchement vésico-rectal pratiqué par le procédé de MAYDL. L'animal, qui pesait au début, 16.300 grammes, avait paru d'abord bien supporter son nouvel état; cependant les mictions rectales étaient très fréquentes (une toutes les demi-heures). L'épreuve du bleu de méthylène faite au cinquième mois révéla une perméabilité très défectueuse.

A l'autopsie, la chienne qui maigrissait énormément depuis deux mois, ne pèse plus que 7.290 grammes. La mort est due à l'ouverture dans le péritoine de nombreux abcès périnéphrétiques siégeant à droite et ayant déterminé une péritonite aiguë. Les reins sont profondément altérés; le rein droit est très volumineux quoique son uretère soit perméable; on note plusieurs abcès sous sa capsule; son bassinet est rempli de pus. Le rein gauche est bosselé, mais rétracté, son uretère est très dilaté et flexueux.

Il s'agit donc bien, dans ces cas, d'une infection ascendante que l'on observe constamment si on laisse les animaux en expérience vivre suffisamment longtemps.

M. Lambret a fait, il y a quatre mois, une opération de MAYDL chez un enfant de cinq ans, pour extrophie vésicale. La réunion n'a pas été complète et il reste une petite fistule urinaire. L'urine qui s'écoule par cet orifice abdominal est claire. L'enfant expulsait d'abord de l'urine par le rectum toutes les deux heures: maintenant la tolérance est plus grande. La fistule s'obturera sans doute spontanément.

M. Drucbert dit que, dans l'expérience présente, tout a été bien pendant dix mois. Mais il a vu des chiens ne survivre que trois mois.

#### Hydronéphrose

M. Minet, interne des hôpitaux, présente un rein atteint d'hydronéphrose, provenant d'une femme qui présentait depuis trois mois un anus iliaque établi pour occlusion intestinale.

Tout le petit bassin était occupé par une masse cancéreuse ramollie, développée aux dépens de l'utérus et des annexes gauches et comprimant l'uretère gauche. Le rein correspondant avait à peu près conservé son volume normal; mais à la coupe il s'en est échappé un liquide louche, épais qui occupait les calices et le bassinet distendus. Le tissu rénal était réduit à la capsule; ce rein pesait à peine 40 grammes.

#### Variole hémorrhagique

M. Ingelrans. — Le jeudi 3 avril 1902, un garçon de vingt-trois ans, déboureur, demeurant à Lille, était transporté à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. COMBEMALE, suppléé à ce moment par M. DELÉARDE. Il fut examiné le lendemain matin. La température axillaire, qui avait été de 39°6, la veille au soir, était à 40° à ce moment. Le malade avait un aspect frappant: la face était rouge, vultueuse, gonflée. C'était tout à fait l'apparence de l'érysipèle, mais sans aucun bourrelet périphérique. Un gros ganglion douloureux siégeait à gauche, à l'angle de la mâchoire. Les lèvres étaient sèches, fuligineuses; la langue rôtie, la soif vive. A l'angle externe des yeux, on trouve des ecchymoses sous-conjonctivales peu étendues.

Sur le cou, le tronc et les membres se voit une éruption caractérisée par deux variétés d'éléments. D'une part, des taches de purpura, disséminées, en assez grand nombre; d'autre part, et surtout au bas-ventre, quelques vésicules noires, remplies de sang, dont deux ou trois ombiliquées à leur centre. Au niveau des organes génitaux se trouvent de petites vésicules claires.

La situation générale du malade n'est pas en rapport avec l'état typhoïde manifeste. Pas de délire: il répond assez bien aux questions posées, n'est pas très abattu. Il nous raconte que le dimanche 30 mars, il a eu mal aux reins et a vomi. Il est resté au lit jusqu'au jeudi matin et s'est aperçu à ce moment de la rougeur de la face. Il ne peut nous renseigner sur l'éruption du tronc et des membres dont il déclare ignorer l'existence. L'insomnie est persistante. Constipation.

Je le revois à cinq heures du soir. Depuis le matin, il s'est produit une tache de purpura grande comme une pièce de cinq francs au niveau du cou. Il a eu plusieurs vomissements de sang; il crache du sang qui paraît venir



50°5; pouls : 110. Pas thorax est couverte de ythémateux. La figure main une sensation de marquée.

acé d'une dizaine de de sang, hématuries : 40°; nouvelles vésirps. Intelligence continue : mort le l'arrivée, à la fin du

s les jours suivants, émorragique. Notre la forme dite : variole m. Le purpura représenturpurique antérieur. re interprétée comme pensons plutôt que 'éruption, car le rash oen) et, d'autre part, i est tard.

igence et la connaisvent dans la variole 'atiqué dès le premier anémie accentuée et e la variole ordinaire ractéristique, comme agique n'a nullement .RDE a pu s'en assurer as qui est le premier qui débute et à cause matinée du vendredi. nie de variole devait tre mois qu'on parle l y a deux mois, au evaccination parlout ervice de médecine, hamp vaccinés dès ce

puis longtemps dans à Sin-le-Noble. Tous as, particulièrement ine le moins. On a l. Actuellement, une ion est plus négligée

91, il a soigné trois ut plus d'un millier ité observée par lui ont écoulés, et c'est pidémies.

M. Ausset dit que ce chiffre de dix ans s'explique par l'épuisement de l'immunité.

M. Oul fait remarquer que les varioleux perdent eux-mêmes leur immunité et qu'une récente statistique indique un succès sur deux chez les malades ayant eu la variole depuis plus de quinze ans. La nature du vaccin, d'un autre côté, doit entrer pour une part dans la durée de l'immunité. Le vaccin animal n'est pas toujours semblable à lui-même et dégénère par moments. D'autres fois, il donne cent pour cent de succès.

M. Drucbert pense que l'immunité peut être fort longue dans certains cas.

M. Le Fort répond que, dans l'armée, on a souvent 80 % de succès chez des soldats ayant été vaccinés dans l'enfance. Pourtant, l'immunité semble, en effet, chez plusieurs, tout à fait définitive.

M. Ausset pense qu'on attribue parfois l'insuccès de la vaccination à l'immunité, alors qu'on n'emploie pas assez de vaccin qui est une pulpe glycinée et doit être inoculé en certaine quantité.

M. Oul croit aussi que beaucoup vaccinent mal. Les scarifications sont mauvaises quand l'opérateur a la main lourde et fait saigner.

M. Combemale rappelle que bien des fois aussi on essuie le vaccin au lieu de le laisser sécher.

## PROPOS DE VACANCES

Ayant eu l'occasion, aux vacances de Pâques, de passer quelques jours en Angleterre, j'ai glané de ci de là, en passant, quelques petits faits qui me paraissent de nature à donner aux lecteurs de l'*Echo Médical du Nord*, quelques indications utiles et peu connues sur l'état d'esprit du public et les mœurs anglaises au point de vue médical.

On sait que la variole fait depuis quelques mois de grands ravages à Londres. Le 31 mars, 61 cas nouveaux étaient encore déclarés dans la journée et à minuit il y avait dans les hôpitaux spéciaux 1.522 malades en traitement. Aussi, l'émotion continue-t-elle à être grande dans le public et le mouvement de réprobation contre les ligues antivaccinatrices et de lutte contre la maladie s'affirme-t-il plus énergique de jour en jour. A l'heure actuelle, beaucoup de patrons londonniens exigent, sous peine de renvoi, que tous leurs ouvriers se soumettent à la revaccination; quant à la déclaration obligatoire des affections contagieuses, à l'isolement des malades et à la désinfection de leur logement, ce sont des mesures adoptées depuis longtemps en Angleterre et qui sont exécutées avec la régularité automatique qui est le résultat du respect de tout Anglais pour les lois de son pays. Un détail généralement ignoré du public médical français est que la

déclaration d'un cas d'affection contagieuse est payée au médecin une demi-couronne (trois francs environ), aussi les mauvaises langues accusent-elles les médecins de diagnostiquer parfois trop facilement les maladies contagieuses chez les pauvres diables. Nous sommes convaincus qu'il n'en est rien. Par contre les magistrats n'hésitent pas à requérir contre les médecins suspects de n'avoir pas satisfait à toutes les exigences de la loi ; de simples citoyens peuvent même prendre l'initiative de les poursuivre, témoin l'histoire suivante cueillie dans le *Daily Telegraph*, du vendredi 4 avril dernier :

« A Tottenham (1), ANDREW ROSTANT, chirurgien, demeurant à Northumberland Park, à Tottenham, était assigné à la barre du Conseil du district d'Edmonton pour avoir volontairement mal conseillé et dirigé et avoir ainsi mis en danger un homme nommé Wood, atteint de variole.

« M. J. Avery, le poursuivant, dépose que Wood tomba malade et se rendit trois fois à la consultation du docteur ROSTANT. La dernière fois le docteur lui remit une déclaration certifiant qu'il avait la variole et lui dit de la donner au Medical Officer of Health (2) (docteur ADAMSON). L'homme ne fut pas mis au courant de ce qu'il avait, se rendit à la maison du médecin sanitaire et s'assit dans la salle de consultation où étaient nombre d'autres personnes. Lorsque le docteur ADAMSON entra, il l'éloigna immédiatement. La consternation fut grande parmi les assistants qui furent vaccinés sur-le-champ. Avery déclare que le procédé régulier qu'aurait dû employer le médecin poursuivi était de mettre sa déclaration à la poste.

« Wood est appelé et en réponse à une question du défenseur, dit que le docteur ADAMSON l'a renvoyé tout droit chez lui. Il resta chez lui une quinzaine avant d'être isolé à cause du manque de place à l'hôpital. Durant tout ce temps, aucun médecin ne vint le voir et sa femme et ses enfants restèrent dans la maison. Il fut soigné par sa femme.

« Le docteur ADAMSON dit que l'inculpé aurait dû informer l'homme de la nature de sa maladie et lui recommander d'éviter de se mettre en rapport avec quiconque en retournant chez lui.

« L'incriminé dépose que lorsque Wood se rendit à sa consultation la première fois, il ne soupçonna pas la variole chez lui, ce fut seulement la dernière fois qu'il la découvrit. Wood était alors assis au milieu d'environ vingt autres personnes. Le médecin l'appela dans son cabinet de consultation et lui donna la déclaration en lui recommandant de la jeter dans la boîte aux lettres du médecin sanitaire en retournant chez lui. Il lui recom-

« manda de retourner à pied. Il pensait faciliter les choses en laissant à Wood sa déclaration et croyait que les autorités sanitaires l'auraient isolé dans un hôpital.

« Le tribunal, d'avis que le cas était correctement apporté devant le tribunal, déclara qu'il y avait matière à jugement, mais qu'ayant égard à tous les faits, il n'y avait pas matière à condamnation. Il renvoya donc l'inculpé, mais le Président ajouta que le cas se prêtait à un appel. »

Nous avons cru intéressant de rapporter ce simple fait divers, au moment où la nouvelle loi sanitaire qui vient d'être votée en France, est soumise à tant de discussions. Il montre comment en Angleterre se pratique la déclaration obligatoire et comment se comprend la responsabilité médicale. Il montre aussi comment une épidémie massive peut dépasser les ressources des villes les mieux organisées pour la lutte contre les affections contagieuses, comme c'est le cas de Londres. Laisser quinze jours dans sa famille un varioleux déclaré, est pour l'autorité sanitaire une responsabilité autrement lourde que celle qui incombe au médecin, du fait de n'avoir pas révélé au patient la nature de sa maladie, et de lui avoir fait porter sa déclaration lui-même plutôt que de l'avoir jetée à la boîte aux lettres.

On peut voir aussi que ni le tribunal, ni le médecin sanitaire, n'ont reproché au médecin incriminé de n'avoir fait son diagnostic qu'à la troisième visite de son malade, l'opinion publique représentée par le poursuivant paraît avoir été plus sévère, mais légalement, la responsabilité du médecin ne peut être mise en cause en pareille circonstance, qu'en cas de faute lourde. Ce n'est que devant sa conscience que le médecin a à répondre de l'insuffisance ou de la précipitation de son examen.

Le mal que les ligues antivaccinatrices ont fait en Angleterre, peut se mesurer à l'intensité de l'épidémie actuelle de variole. Il est plus difficile d'apprécier le tort causé par les idées fausses répandues par elles dans le public et qu'il faudra longtemps à déraciner complètement.

Parmi leurs victimes il convient de citer un jeune imprimeur de vingt ans, dont les journaux racontaient l'histoire ces jours derniers (*Daily Telegraph*, mercredi 2 avril) et qui, obligé par son patron de choisir entre le renvoi ou la vaccination, aima mieux se pendre à la porte de l'armoire de sa chambre à coucher. Le jury, chargé en Angleterre de faire une enquête, sur tous les cas de mort accidentelle, déclara, après audition des témoins et particulièrement de la mère du défunt, que le suicide était dû à un accès de folie passagère, caractérisée par le fait de préférer la mort à la vaccination, et le coroner d'ajouter mélancoliquement « Le peuple anglais semble glisser vers un état de faiblesse d'esprit et de sentimentalité. La seule chose étonnante est que nos hommes se battent si bien dans l'Afrique du Sud ».

La crainte de la variole ne fait pas perdre aux Anglais

(1) Quartier du Nord de Londres.

(2) Médecin sanitaire inspecteur du district.

avons vu à la vitrine  
on l'affiche suivante :  
ent livres sterlings en  
rés contre le versement  
pour ceux qui ont été  
le 7 schellings 6 pences

de la prime n'est pas  
sur les intentions des  
ement contre la variole  
e ; il y existe un autre  
original, l'assurance  
prime versée au début  
me de 50 ou 100 livres  
oment de la délivrance  
ance est due au cas ou  
if erreur de ma part.  
octeur H. SURMONT.

## FIN

toit le plus charnu de sa  
er un docteur.

(Marseille Médical).

## ORMATIONS

cine a tenu, du 1<sup>er</sup> au  
tait présidé par notre  
a prononcé à la séance.  
sur le développement  
médicale au XIX<sup>e</sup> siècle  
érapeutique. Les ques-  
ice hépatique, Convul-  
pargne ont été discu-  
s communications ont  
bres de l'Echo Médical  
es excursions dans les  
ris fin.

en 1903 sous la prési-  
MM. les professeurs  
me vice-présidents, M.  
ne secrétaire général,  
rier. Les questions à  
riques de l'obésité, les  
res.

## UNIVERSITÉ DE LILLE

### Comité central de vaccine du département du Nord

En raison des nombreux cas de variole signalés à Lille depuis le début du mois d'avril, le Comité central de vaccine s'est réuni le vendredi 18 avril, sous la présidence de M. VINCENT, préfet du Nord.

M. le docteur OUI a présenté un rapport sur les mesures à prendre pour s'opposer à l'extension de l'épidémie.

Adoptant les conclusions de ce rapport, le Comité a décidé :

1<sup>o</sup> D'informer la population de la situation sanitaire actuelle et de l'engager à se soumettre sans retard aux inoculations vaccinales.

2<sup>o</sup> D'inviter les chefs des administrations publiques et les directeurs d'usines à faire vacciner leur personnel le plus tôt possible.

3<sup>o</sup> De créer dans les différents quartiers de la ville des centres de vaccination, dans lesquels le public trouverait à des heures commodes, des médecins-vaccinateurs.

Une importante mesure a de plus été prise, de n'admettre comme visiteurs de malades dans les hôpitaux que ceux qui s'y seraient soumis préalablement à la vaccination le jour de leur visite. Le moyen est bon, et la mesure mériterait d'être appliquée dans toutes les villes où la variole menace de s'installer. Le Comité de vaccine a du reste trouvé dans le personnel de l'Office sanitaire de Lille un appui intelligent et empressé pour les mesures proposées.

D'ores et déjà, nous pouvons annoncer que des séances publiques et gratuites de vaccination auront lieu tous les dimanches, de 8 heures 1/2 à 10 heures du matin, à la Faculté de médecine.

L'Institut Pasteur continue ses séances de vaccination de 11 heures à midi, tous les jours.

— Le Conseil de l'Université de Lille a reçu vendredi, de la part de M. LIARD, directeur de l'enseignement supérieur, communication d'un projet d'achèvement de la bibliothèque universitaire dont nous aurons occasion d'entretenir nos lecteurs, quand les diverses conventions entre l'Université et la Ville auront été signées.

— Par décision ministérielle en date du 13 avril, un Concours pour un emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine d'Amiens aura lieu le 23 octobre prochain devant la Faculté de médecine de Lille.

### Distinctions Honorifiques

**Instruction publique.** — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs DEMOULIN, chirurgien des hôpitaux de Paris ; BERTRAND, de l'Institut Pasteur de Paris ; GUILLEMIN, directeur du service de santé à Nancy.

**Officiers d'académie.** — MM. les docteurs CHABAUT, d'Avignon ; GILES, VAUTHERIN, de Paris ; IMBEAUX, de Nancy.

### Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs PÉRIER, de Bordeaux ; RANDU, agrégé et médecin des hôpitaux de Paris ; COURTEVILLE, de Vitry-en-Artois (Pas de Calais). Nous adressons à la famille de ce dernier confrère l'expression de nos vives condoléances.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES.** — L'Emulsion Marchais est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration. De 3 à 6 cuillères à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.

D<sup>r</sup> Ferrand — *Traité de méd.*

### RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX

### NEUROSINE PRUNIER

(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : **MM. les Docteurs :**

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sans avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX :** Quelques observations cliniques sur la valeur thérapeutique de l'héroïne, par le professeur **F. Combemale** et **Huriez**, externe des Hôpitaux, à Lille. — **SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD** (Séance du 23 avril 1902). — **INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.** — **NOUVELLES ET INFORMATIONS.** — **STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.**

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Quelques observations cliniques sur la valeur thérapeutique de l'héroïne

(éther diacétique de la morphine)

par le professeur **F. Combemale**  
et **Huriez**, externe des hôpitaux, à Lille.

Les alcaloïdes de l'opium réservent encore au thérapeute et au praticien d'agréables surprises.

Quel merveilleux médicament fut l'opium dans la médecine du siècle passé ! quel précieux moyen il reste encore entre les mains des médecins de la marine ou des praticiens, dont par nécessité la matière pharmaceutique est restreinte ! Mais combien plus efficace encore est la morphine, cet alcaloïde de l'opium, dont peu de gens ignorent le nom, même dans les pays les plus reculés ?

Et cependant, celui qui ne connaît des alcaloïdes de l'opium que la morphine, est un retardataire ; et celui qui n'ordonne la codéine que par accident ne suit guère la science que d'un pied boiteux. L'apocodeine, la stypticine en effet, ont été l'objet devant les sociétés savantes et dans ce journal (1), d'études importantes et consciencieuses qui

(1) **LAVIALLE** et **RUYSSEN**. — La stypticine dans les épitaxis utérines et les hémoptysies. *Echo médical du Nord*, 1898, p. 225.

**RAVIART** et **BERTIN**. — L'apocodeine contre la constipation. *Echo médical du Nord*, 1900, p. 151.

les ont signalées ou rappelées au monde médical. La thébaine, l'apomorphine n'ont pas été moins étudiées. La connaissance de tous ces corps, si intéressants à divers titres, tirés de l'opium, s'impose donc à tous les médecins.

C'est encore d'un corps dérivé de la morphine, participant de ses propriétés thérapeutiques, que nous désirons entretenir nos lecteurs, de l'héroïne, dont l'emploi commence à se répandre en France et à l'étranger.

L'héroïne résulte de la substitution du groupement acétyl à l'hydrogène des deux oxhydriles de la formule de la morphine ; elle est la diacétylmorphine. C'est le chlorhydrate de cette héroïne, particulièrement soluble, dans l'eau, qui est employé, sous forme d'une poudre blanche, cristalline, très-fine, inodore, de saveur légèrement amère.

\*\*\*

L'action de la morphine, lorsqu'on lui demande de réduire la susceptibilité des centres respiratoires, est bien connue ; mais il est non moins connu que cette action se répercute aussi sur les fonctions digestives, pour les pervertir ou les annihiler. La codéine possède déjà l'avantage appréciable, tout en agissant sur la respiration, de n'avoir pas les effets généraux désagréables que l'on reproche à la morphine. A en croire les recherches d'auteurs dignes de créance, l'héroïne posséderait à un degré encore plus marqué que la codéine, cette action sédative sur les centres respiratoires, et cette action s'exercerait exclusivement sur ces centres.

La chose est trop importante pour qu'on se soit fait faute de vérifier le fait ; et tous les témoignages sont concordants. De sorte que l'héroïne devrait, au dire de tous

ns, remplacer la morphine, système respiratoire.

d) (1), le premier, étudiant t pharmacodynamiques de ce conclut à une action sur la que celle de la codéine. A la lapin, il observait comme ssement marqué des mouve- mplitude plus grande des ue diminuait la consumma- phénomènes étaient cons is, on notait l'efficacité de

es physiologistes, PAULESCO GUINARD (3), dans trois notes plus tard, dans la thèse de onfirmèrent ces résultats. n côté, comparait la mor- , dionine, héroïne, au point spiration et arrivait à cette la fois la plus énergique et substances pour l'appareil 'homme ou de l'animal.

DRESER avaient été le point ches cliniques, consistant en des maladies de l'appareil .ET (6), le premier, se servit et la toux, dans 160 cas de ichite aiguë et chronique, ations pulmonaires de la es malades il constata une spnée et de la toux; l'amélio- nissement de la température euvent toutefois être attri- a conclusion qu'il considère la morphine et à la codéine as broncho-pulmonaires, va leurs qui ont rapporté leurs si, nous l'inscrivons ici, et

erlin, BRAUSER (8) à Munich,

über einige Morphinderivate. 1898, p. 501.

recherches expérimentales sur Journal de médecine interne,

mentales sur l'éther diacétique loyé et de pathologie générales,

imentale de pharmacodynamie ine. Thèse Lyon, janvier 1900. ine et de quelques-uns de ses nédical de Bruxelles, 1900, n° 16.

über die Wirkung und Auwen- Monatshefte, 1898, p. 512 Wochenschrift, 1899, n° 45.

ne, Belgique médic, 1902, p. 78.

NUSCH (1) de Nuremberg. PAWINSKI (2), de Varsovie, CLEMENTE FERREIRA (3), MANQUAT (4) BOLOGNESI (5) à Paris, devant la Société de thérapeutique, BERKTOFF (6) de Vienne, obtiennent les mêmes bons résultats, et joignent au faisceau d'observations recueillies des faits relatifs à la coqueluche, à l'œdème pulmonaire d'origine cardiaque. LEO (7) de Bonn, dans sa louange va même plus loin et considère l'héroïne comme un véritable remède spécifique de l'emphysème et des maladies des bronches accompagnées de dyspnée. Il compare son action à celle de la digitale sur le cœur. BOUGRIER (8), dans sa thèse, ne signale que trois succès sur cinquante observations, et PAULESCO (9) a même relaté l'observation d'un homme affecté d'un anévrysme de l'aorte, avec crises de suffocation, qui fut notablement soulagé. Il n'y a pas lieu de trop s'en étonner, car nous relatons plus loin un fait de ce genre.

Si l'héroïne est avant tout un sédatif des centres respiratoires, on peut cependant lui demander aussi de calmer la douleur. Et l'analgesique ne le cède guère à l'eupnéique. Nombre de médecins ont substitué l'héroïne à la morphine avec des résultats très encourageants. EULENBURG (10) (de Berlin) a pratiqué près de trois cent cinquante injections de 5 milligrammes à 1 centigramme contre les affections douloureuses les plus diverses, la névralgie du trijumeau, la névralgie intercostale, le rhumatisme musculaire et articulaire, etc., et il a constaté les mêmes effets palliatifs qu'avec les doses doubles de morphine. De même TAUZSCH (11) (de Budapest); WIESNER (12) (d'Innsbruck); BARDET (13) (de Paris); ARTAUD (14) (de Genève); SAINT-MARTIN (15) (de Lyon). Ils déclarent être toujours arrivés au but poursuivi, de supprimer la douleur, sans observer

(1) NUSCH. — Valeur thérapeutique de l'héroïne. *Res. thér. méd. chir.*, 1901, p. 182.

(2) PAWINSKI et ADEL. — Emploi de l'héroïne dans les troubles respiratoires. *Rec. thér. méd. chir.*, 1901, p. 267.

PAWINSKI et ADEL. — L'héroïne dans les affections cardiaques. *Rec. thér. méd. chir.*, 1901, p. 492.

(3) CLEMENTE FERREIRA. — De l'emploi clinique du chlorhydrate d'héroïne. *Bulletin général thérapeutique*, 1899, p. 582.

(4) MANQUAT. — Note sur l'emploi de l'héroïne. *Bulletin général thérapeutique*, nov. 1899.

(5) BOLOGNESI. — *Bulletin général thérapeutique*, 1899, p. 536.

(6) BERKTOFF. — *Klinische therapeutische Wochenschrift*, 1899, n° 14.

(7) LEO. — Über den therapeutische Werth des Heroins. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1899, n° 12.

(8) BOUGRIER. — Etude chimique, physiologique et clinique de l'héroïne. *Thèse Paris*, 1899.

(9) PAULESCO. — Action de l'héroïne sur la respiration. *Journal de médecine interne*, 1899.

(10) EULENBURG. — Über subcutanen Injectionen von heroinum. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1899.

(11) TAUZSCH. — *Orvosi Hetilap*, 1898, n° 50.

(12) WIESNER. — *Deutsche Aertze Zeitung*, 1900.

(13) BARDET. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1899, p. 582.

(14) ARTAUD. — Quelques observations cliniques sur l'emploi de l'éther diacétique de la morphine dans le traitement de la douleur. *Lyon Médical*, 1901.

(15) SAINT-MARTIN. — *Loco citato*.

de symptômes durables et persistants du côté des grandes fonctions. MIRTIL (1) (de Vienne) sur cinquante malades de la clinique gynécologique a employé le médicament sous forme de tampons vaginaux trempés dans une solution d'héroïne dans la glycérine à 1 pour 1.000, de façon que chaque tampon véhiculait environ 1 centigramme à 1 centigramme 5 d'héroïne; et l'action calmante, des plus manifestes, commençait environ un quart d'heure après l'application du tampon et persistait de vingt-quatre à trente-six heures. Mêmes bons résultats obtenus en gynécologie par ELISCHER (2). Seul MOREL-LAVALLÉE (3), qui a étudié également l'action sédative de l'héroïne sur les douleurs, tout en lui accordant une grande valeur, la dit un peu supérieure à la morphine.

Le travail le plus considérable sur ce point est la thèse de GANTIN (4). Or, ses observations sont des plus concluantes. Il affirme nettement que la sûreté de l'action de l'héroïne est indiscutable pour l'avoir observée dans des cas très différents : dans les affections du système nerveux, telles que névralgies, névrites, douleurs fulgurantes, névropathies, dans les affections aiguës des viscères abdominaux, colique hépatique, colique néphrétique, dans un carcinome de l'estomac, dans une perforation traumatique de l'intestin. Dans tous ces cas, l'action du médicament s'est toujours fait sentir avec une très grande rapidité. Chez le plus grand nombre des malades, une piqûre faite le soir amenait une sédation des douleurs se prolongeant toute la nuit et était suivie bientôt d'un sommeil calme, n'ayant pas le caractère lourd et « pathologique » de celui qu'on voit survenir si souvent à la suite de l'emploi de la morphine.

D'autres expérimentateurs encore ont bien contrôlé ces dires déjà si nombreux et si remarquablement convergents, HERRNHEISER (5), STERN (6), LAUMONIER (7), MAZOTTI (8), ROSENBERG (9). Nous ne pouvons tout citer, mais nous croyons devoir signaler ci-dessous les indications bibliographiques utiles (10).

(1) MIRTIL. — Mittheilungen über therapeutische Versuche mit Heroïn. *Wiener klinische Rundschau*, 1899, n° 25.

(2) ELISCHER. — Emploi du chlorhydrate d'héroïne en gynécologie. *Rev. thér. méd. chir.*, 1902, p. 280.

(3) MOREL-LAVALLÉE. — La morphine remplacée par l'héroïne. *Revue de médecine*, 1900, p. 872.

(4) GANTIN. — Contribution à l'étude de l'éther diacétique de la morphine (héroïne), son action analgésique, ses rapports avec la morphine. *Thèse Lyon*, 1901, n° 141.

(5) HERRNHEISER. — A propos de quelques médicaments nouveaux utilisés en oculistique. *Rev. thér. méd. chir.*, 1901, p. 453.

(6) STERN. — Observations sur l'efficacité de l'héroïne. *Belg. méd.*, 1901, p. 75.

(7) LAUMONIER. — Propriétés thérapeutiques de quelques dérivés récents de la morphine : héroïne. *Nouv. Rev.*, 1901, p. 390.

(8) MAZOTTI. — Sur l'emploi thérapeutique de l'héroïne. *Rev. thér. méd. chir.*, 1902, p. 68.

(9) ROSENBERG. — Le chlorhydrate d'héroïne en applications locales. *Rev. thér. méd. chir.*, 1902, p. 93.

(10) *La Belgique médicale*, 1901, p. 75, contenait la bibliographie

\*\*\*

L'héroïne se présente donc à l'heure actuelle avec le parrainage que nous avons rappelé, comme un sédatif du système nerveux général, avec élection sur les centres bulbo-médullaires. Ces propriétés si importantes ne sauraient être trop contrôlées, dans leurs diverses modalités. Aussi, nous avons tenu à la clinique médicale de l'hôpital de la Charité, à nous faire une opinion personnelle sur ce médicament, dont l'avenir devrait être si brillant, si l'on n'exagère rien, et à déterminer sa valeur thérapeutique, comme aussi à en reconnaître les inconvénients.

Comme les auteurs précités, nous nous sommes servis de l'héroïne, qu'avait mise à notre disposition la maison F. BAYER, dans les cas d'observation courante où la morphine rend des services. Nous l'avons tout d'abord donnée contre la toux dans les maladies de l'appareil respiratoire, tuberculose pulmonaire et laryngée, bronchite aiguë et chronique, etc. ; nous l'avons ensuite employée comme antidyspnéique chez quelques cardiaques ; enfin comme analgésique dans diverses affections douloureuses. Et presque toujours nous avons obtenu les résultats que nous en attendions. Enfin, nous n'avons pas craint, chez des incurables, de prolonger l'usage de l'héroïne, même pendant plusieurs mois, pour en connaître les conditions d'accoutumance.

Dans l'administration de ce médicament nous avons surtout eu recours, parce que plus commode, à la voie hypodermique ; les injections étaient faites avec une solution aqueuse de chlorhydrate d'héroïne à 1 pour 200 ; un centimètre cube, deux parfois, c'est-à-dire cinq milligrammes et un centigramme, suffisaient pour calmer les malades pendant six à douze heures ; et l'on répétait ces doses, si besoin était.

L'effet se faisait sentir ordinairement cinq à dix minutes après l'injection.

#### A. — L'héroïne antidyspnéique et calmante

OBSERVATION I. — D... Louis, tapissier, 20 ans, sorti de l'Infirmerie de la prison centrale de Lille le 18 octobre 1901, entre le jour même à l'hôpital de la Charité, pour une bronchopneumonie tuberculeuse à marche très rapide. La toux est des plus fréquentes et empêche absolument le malade de dormir. Une potion calmante contenant de la morphine est donnée pendant quatre jours sans amener de notable amélioration. Le 23 novembre 1901, on injecte

suivante, que nous reproduisons, sans avoir pu contrôler la source de ses informations.

ARONSON. — Traitement de l'hémoptysie grave.  
FLOEKING. — Observations cliniques sur l'héroïne, comparée avec la morphine et la codéine.

MAC GEE. — L'héroïne dans la toux.  
POWELL. — Résultats pratiques de l'héroïne comme agent thérapeutique.

BROWN et TOMPKINS. — L'héroïne comme analgésique.  
MOODY. — Note sur quelques nouveaux remèdes.  
LOWENTHAL. — L'héroïne contre la toux des phthisiques et la coqueluche.

FREUDENTHAL. — Traitement de la tuberculose du larynx.



jours suivants, le malade est enchanté, et est persuadé qu'il va guérir : plus de crises d'étouffement, quintes de toux moins fréquentes, nuits très bonnes, fièvre diminuée et sueurs nocturnes presque supprimées. Un pneumothorax se déclare, les douleurs très vives qui l'accompagnent sont bien calmées et au bout de peu de temps, mais en doublant la dose. Du fait du pneumothorax, l'état s'aggrave ; on est obligé d'augmenter encore la dose, et enfin de tripler la dose première d'héroïne. Jusqu'au jour de la mort, qui survient le 7 décembre, il attend avec impatience les injections, qui lui procurent un grand bien-être.

**OBSERVATION XII.** — T..., Jules, 32 ans, pour avoir souvent travaillé dans les poussières, a de la pneumoconiose et emphysème. Il tousse beaucoup, surtout la nuit et a peine à expectorer. Le 13 novembre, on lui injecte matin et soir un demi-centigramme d'héroïne, il tousse beaucoup surtout la nuit : on continue pendant trois jours avec le même succès. Mais il se trouve obligé de sortir de l'hôpital, on le fournit alors de quelques tabloïdes de 0 gr. 005 de chlorhydrate d'héroïne, dont il devra prendre une tous les soirs. Revu quelques jours plus tard, le malade dit respirer beaucoup mieux et ne tousser presque plus.

**OBSERVATION XIII.** — D..., Louis, 48 ans, est aussi un emphysémateux. Depuis longtemps, il respire le jour péniblement, et la nuit il lui survient des accès d'étouffements précédés de quintes de toux fatigantes. Le 13 novembre, au matin, on lui fait une piqûre d'un demi-milligramme d'héroïne, mais il a de tels maux de tête, vertiges, puis plus tard des nausées et des vomissements, qu'il refuse l'injection du soir. Pourtant, il a pu respirer plus facilement et dormir la nuit suivante. Pendant deux autres jours, on lui injecte la même dose d'héroïne, et chaque fois il éprouve les mêmes symptômes d'intoxication. Aussi, cesse-t-on chez lui cette médication, malgré le bénéfice qu'il en retire d'autre part.

**OBSERVATION XIV.** — U..., Louis, 37 ans, est un tuberculeux à la période ultime, en état de cachexie très prononcée. Beaucoup de moyens ont été employés pour calmer une toux incessante et une dyspnée par accès, mais sans résultat bien sensible.

Le 13 novembre, on lui injecte matin et soir cinq milligrammes d'héroïne ; cette injection permet au malade de dormir la nuit suivante ; on continue ce traitement les jours suivants, il tousse moins et peut reposer. Bientôt, on passe à deux centigrammes par jour en quatre injections parce que la toux est plus forte. La mort survient le 23 novembre.

**OBSERVATION XV.** — D..., Gustave, 36 ans, phthisique. tousse beaucoup depuis deux mois, la nuit surtout, ce qui amène une insomnie presque complète. A dater du 16 novembre on injecte par jour un centigramme d'héroïne, et c'est du soulagement pour le malade ; quand par accident on suspend l'injection, le malade recommence à tousser violemment et à devenir très oppressé. Mais la sédation n'a plus une si longue durée au bout de quelques temps, le malade s'habitue à l'héroïne ; dès le 23 décembre un centigramme matin et soir devient nécessaire ; la mort survient au commencement de janvier 1902.

**OBSERVATION XVI.** — D..., Alexandre, 41 ans, présente de la tuberculose pulmonaire au début ; l'oppression est très grande depuis deux ou trois mois, quinteuse et fréquente toutes les nuits. Le 16 novembre, au soir, une dose de cinq milligrammes d'héroïne le soulage un peu : le 17 la même dose donnée matin et soir calme bien sa

toux ; l'état peu avancé de ses lésions le fait admettre au pavillon des tuberculeux.

**OBSERVATION XVII.** — F..., Emile, 45 ans, en est à la période terminale de la tuberculose pulmonaire ; il se plaint particulièrement de l'insomnie causée par une toux opiniâtre, que les potions à la morphine ne parviennent plus à calmer. Le 18 novembre, on lui injecte en deux fois un centigramme d'héroïne ; et sans délai le malade tousse moins et se trouve moins oppressé. On continue les jours suivants, et chaque fois il se trouve bien soulagé ; aussi cesse-t-on le 24 novembre. Mais gêné à nouveau par la toux, on reprend le centigramme d'héroïne en deux fois chaque jour, le 2 décembre. Cette fois, il tousse encore beaucoup, reste oppressé, mais il peut dormir. A dater du 13 décembre, on est obligé de doubler la dose et encore le calme ne survient plus que pendant quelques heures. Le 25 décembre, il faut injecter un centigramme et demi, matin et soir pour pouvoir le calmer un peu et lui permettre de dormir. L'état général déjà très mauvais, s'aggrave et se complique d'une diarrhée des plus rebelles, qui amène la mort le 6 janvier 1902.

**OBSERVATION XVIII.** — S..., Nicolas, 63 ans, est un bronchitique avec emphysème, dont la lésion a retenti sur le cœur. Lors de son entrée à l'hôpital, sa dyspnée est intense, la toux continuelle, les râles très nombreux dans la poitrine ; la nuit des accès de suffocation le réveillent. Pour calmer sa dyspnée, le 20 novembre au matin, on injecte 5 milligrammes d'héroïne ; très peu de temps après surviennent des étourdissements, de légères nausées, mais de façon très éphémère. Mais ensuite, le malade se trouve bien soulagé, il peut respirer beaucoup plus largement et tousse beaucoup plus librement. Une nouvelle dose est injectée le soir et les deux jours suivants, et chaque fois calme très bien sa dyspnée.

Quelques jours après, à la suite d'une sortie par un temps froid et humide, le malade se présente de nouveau dans un état lamentable, il ne sait comment se tenir pour respirer commodément, et réclame sa piqûre d'héroïne qui ramène un peu de calme dans sa respiration.

**OBSERVATION XIX.** — B..., Arthur, porteur d'une énorme tumeur du médiastin postérieur qui comprime trachée et vaisseaux, entre à l'hôpital, le 14 décembre, en orthopnée, la respiration sifflante, avec une oppression telle qu'il ne peut parler. Tirage sus sternal. Exophtalmie, veines du cou très dilatées, ganglions sus-claviculaires et axillaires engorgés, œdème des bras, cours du sang renversé dans les veines sous-cutanées abdominales, etc. Dans le but de soulager cette angoisse respiratoire ; on injecte d'emblée un centigramme d'héroïne, qui calme au bout d'un quart d'heure suffisamment le malade pour qu'il profite de ce moment pour manger. Le 15 décembre, à la visite, on trouve le malade dans le même état que la veille, et un centigramme produit le même bon résultat. Le 16 décembre même traitement, même calme ; mais la nuit suivante, il est pris de tels accès de suffocation que l'interne de garde, ignorant que l'héroïne lui était réservée, fait deux injections d'un gramme de morphine qui le soulagent pendant quatre heures.

Le 17 matin, même état très grave ; on fait coup sur coup trois injections de cinq centigrammes d'héroïne, ce qui donne un peu de repos au malade, et au bout d'un quart d'heure lui permet de sommeiller un peu. Mais la mort survient dans la nuit qui suit.

**OBSERVATION XX.** — D..., Auguste, 30 ans, est atteint d'une bronchite aiguë, caractérisée par de l'oppression, une toux très fréquente et violente, des râles sonores très nombreux. Pour le calmer, on injecte, le 24 décembre, un



; sa toux et sa dyspnée  
de bien dormir.

18 ans, entre pour une  
tousse beaucoup, on lui  
le matin : sa toux en  
ut la dose le soir, et le  
et passe une très bonne

ilde, est une phthisique  
i tousser beaucoup. Le  
x, on lui injecte matin  
), et l'on calme bien sa  
our. Les jours suivants  
lade peut faire de cette  
ar oubli, il ne lui est  
pas de tousser. En fin  
st obligé de doubler les

ne, 32 ans, tuberculeuse  
beaucoup ; le 14 janvier  
rituberculeuse, elle est  
t comment se coucher  
ême temps de douleurs  
centigramme d'héroïne  
et de respirer beaucoup

re, 39 ans, est un ancien  
hérences pleurales em-  
voquent de la dyspnée  
neut plus faire aucun  
2. plus dyspnéique que  
: cinq centigrammes  
ensiblement sa dyspnée  
omplètement les jours  
oyant bien guéri.

ervations ci-dessus pour  
esque toutes les causes  
sont représentées dans  
gué (obs. XX et XXI),  
congestion péricardiale  
ales (obs. VIII et XXIV),  
I), bronchopneumonie  
unique avec emphysème  
ie à la dernière période  
II), cardiopathies avec  
u médiastin (obs. XIX).  
i l'héroïne a été donnée  
t pas un seul chez qui

x diminuait d'intensité  
tion se faisait beaucoup  
éciable aussi pour tous,  
oux et de la dyspnée, le  
nplet. Les tuberculeux,  
aucoup la nuit, voyaient  
onsidérablement, elles  
iez un de nos malades

Pour arriver à ce résultat, la dose quotidienne  
gramme d'héroïne en deux fois suffisait pre  
et ce n'est qu'à la période ultime de la tuber  
le malade atteint de tumeur du médiastin  
nous avons dû augmenter la dose et injecte  
et trois centigrammes par jour.

L'héroïne contre la dyspnée et la toux  
médicament sûr, d'action rapide et durable

## B. L'héroïne analgésique

OBSERVATION XXV. — G...; Edouard, 56  
tabétique, qui présente tantôt des douleurs  
dans les membres, tantôt des crises gastriques des plus  
pénibles ; la morphine donnée à assez forte dose depuis  
plusieurs mois n'arrivait à le calmer que pendant une  
heure ou deux, et il est devenu morphinomane. A partir du  
25 octobre, on substitue l'héroïne à la morphine : on injecte  
un centigramme par jour en deux fois. Le jour les douleurs  
fulgurantes sont supprimées pendant sept ou huit heures  
et l'injection du soir permet au malade de dormir. Vers le  
12 novembre les injections sont suspendues et pendant six  
jours le malade ne reçoit plus aucune injection ni de mor-  
phine, ni d'héroïne. Le 18 novembre, à l'occasion de  
violentes douleurs gastriques, on injecte à nouveau un  
centigramme d'héroïne, qui calme bien les douleurs ; le  
malade s'habitue vite à ce calme que lui donne l'héroïne :  
on a négligé d'en suspendre l'emploi, et il attend avec  
impatience l'heure de sa piqûre. Le 6 décembre, les dou-  
leurs semblent plus pénibles que d'ordinaire, un centi-  
gramme et demi est injecté en une fois. A partir de ce jour  
deux centigrammes par jour sont nécessaires, et même  
trois, les jours où il a de plus fortes crises.

Le 13 février 1902, c'est-à-dire trois mois après les  
injections d'héroïne, le malade est toujours bien soulagé  
avec deux centigrammes par jour : mais les douleurs qui  
lui font réclamer sa piqûre ne sont que des sensations de  
brûlures par tout le corps, en même temps que de vagues  
douleurs à la région stomacale, de sorte que les douleurs  
fulgurantes et les crises gastriques ne sont plus en jeu,  
mais bien l'accoutumance et la sensation de besoin. G... est  
heroinomane. Nous résistons deux jours à ses sollicita-  
tions, vers les derniers jours de février, et l'accoutumance  
finit ainsi, sans troubles notés.

OBSERVATION XXVI. — W..., Jean-Baptiste, 42 ans,  
entre pour des coliques saturnines des plus violentes. La  
médication consiste à injecter en deux fois un centigramme  
d'héroïne. Les 30 et 31 octobre, les coliques en sont bien  
un peu calmées, mais la sédation n'est pas complète. Ce  
n'est que le 1<sup>er</sup> novembre que la sédation est beaucoup  
plus marquée : un quart d'heure après les injections le  
malade ne ressent plus que quelques douleurs dans le  
ventre, et elles marquent la fin de sa colique saturnine.

OBSERVATION XXVII. — M... Antoine, 48 ans, entre  
aussi à l'hôpital pour coliques saturnines, d'intensité  
moyenne. Il suffit d'un centigramme d'héroïne donné le  
3 novembre pour les faire diminuer très sensiblement.

OBSERVATION XXVIII. — D..., Théophile, 32 ans, atteint  
de sclérose en plaques, se plaint le 7 novembre de dou-  
leurs névralgiques dans tout le membre inférieur droit.  
L'injection d'un demi-milligramme d'héroïne rend ces  
douleurs d'abord supportables, puis nulles ; mais le malade  
a des nausées et même des vomissements durant plusieurs  
heures après l'injection.

OBSERVATION XXIX. — P..., Paul, 45 ans, est un cas de

tabes avec crises gastriques violentes se présentant deux et trois fois par an, qui l'amènent pour une quinzaine chaque fois à l'hôpital; il n'existe du reste pas d'autre signe douloureux. Le 10 novembre, le malade entre et est aussitôt soumis à l'injection d'un demi-milligramme d'héroïne. La sédation suit immédiatement l'injection; mais le 12 novembre, les douleurs sont devenues beaucoup plus violentes encore; elles sont à nouveau vite calmées par l'injection d'un milligramme d'héroïne. La sensation d'ivresse après les injections est notée chaque fois.

**OBSERVATION XXX.** — L..., Julie, est aussi une tabétique; elle présente des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs très fréquentes; elle porte une arthropathie tabétique du genou. Déjà, depuis quelques semaines, elle reçoit quelques centigrammes de morphine, lorsque le 20 novembre on a recours pour les remplacer à un centigramme d'héroïne en deux fois; les sensations douloureuses ne sont pas perçues ce jour-là, non plus que les jours suivants: il est vrai que la malade n'est pas informée de la substitution. Mais à partir du 1<sup>er</sup> décembre le soulagement ne survient plus que pendant quelques heures par cette dose d'héroïne, et la malade dit souffrir beaucoup et attend avec impatience l'heure de l'injection. Cependant ce n'est que le 10 décembre qu'on élève la dose à deux centigrammes par jour, ce qui calme bien les douleurs fulgurantes des membres, et surtout des fortes douleurs d'estomac et des coliques. Le 22 décembre néanmoins ces douleurs sont tellement violentes qu'il faut un centigramme et demi d'un seul coup pour les calmer. Vers le 25 janvier, c'est trois centigrammes par jour qu'on lui fait; il n'est plus possible de savoir si elle souffre, mais on sait fort bien par ses cris qu'elle réclame son héroïne; du reste, dans le courant du mois de janvier de la constipation est survenue; durant quatorze jours il n'y a pas eu de selles, et l'encombrement intestinal n'a cédé qu'à plusieurs purgatifs très actifs.

**OBSERVATION XXXI.** — L..., Edmond, 50 ans, souffre de névralgie sciatique avec points caractéristiques. Le 21 novembre on fait une injection, matin et soir, de cinq milligrammes d'héroïne. Après l'injection du matin, est survenu un étourdissement léger et quelques nausées; après celle du soir, les nausées se sont encore accentuées jusqu'au vomissement. Le lendemain, malgré les phénomènes observés la veille, on renouvelle l'injection, et quelques minutes après on note encore des étourdissements puis des vomissements. Toute l'après-midi le malade a du reste de telles nausées qu'il lui est impossible de manger le soir. Devant ces phénomènes d'intoxication, on cesse l'héroïne qui avait pourtant bien diminué la douleur spontanée de la sciatique.

**OBSERVATION XXXII.** — D..., Théophile, 30 ans, entre pour une névralgie sciatique. Le 21 novembre, on lui fait matin et soir une injection de cinq milligrammes d'héroïne qui le calment peu. Le 25 et pendant les quelques jours suivants, on revient à l'héroïne, à la dose d'un centigramme par jour, et les douleurs diminuent très notablement après chaque injection.

**OBSERVATION XXXIII.** — B..., Julien, tabétique, est en proie à des douleurs fulgurantes intolérables presque continues. Le 22 novembre on lui fait une injection d'un demi-milligramme d'héroïne, et sous son influence les douleurs diminuent sensiblement, mais on note que quelques minutes après l'injection, le malade a eu de tels étourdissements qu'il a été obligé de se coucher, et toute la journée il a des nausées et même des vomissements dans l'après-midi. Aussi refuse-t-il l'injection qui avait été prescrite pour le soir.

**OBSERVATION XXXIV.** — V..., Arthur, 56 ans, est encore un tabétique qui présente des douleurs fulgurantes dans les jambes très fréquentes, actuellement continues dans le pied droit qui est le siège d'une arthropathie, et telles que le malade demande qu'on lui fasse l'amputation du membre inférieur droit. Le 1<sup>er</sup> décembre au soir, pour calmer ces douleurs, on pratique une injection de cinq milligrammes d'héroïne, à la suite de quoi il a beaucoup moins souffert. Le 2, l'injection est faite à la même dose matin et soir; le malade a encore quelques douleurs, mais elles sont beaucoup moins intenses que les jours précédents. On continue la même médication pendant trois jours et le résultat est tel que le malade, très soulagé, ne parle plus d'amputation et sort sur sa demande.

**OBSERVATION XXXV.** — C..., Emile, 36 ans, est entré à l'hôpital pour douleurs très vives avec défense musculaire dans l'hypochondre droit: on croit reconnaître le point de MAC BURNEY, la fièvre est 39°, il y a de la constipation; des applications chaudes sont ordonnées pour résoudre cette douleur; mais le 25 décembre les coliques appendiculaires sont assez intenses pour qu'on fasse une injection d'un demi-centigramme d'héroïne. Au bout de quelques minutes, les douleurs sont rendues très supportables; comme elles recommencent le soir, on a recours au même traitement qui donne le même résultat. Le 26, au matin, le malade souffre à nouveau beaucoup; un centigramme en injection calme encore très rapidement et très sensiblement ses douleurs.

**OBSERVATION XXXVI.** — D..., Edouard fait sous nos yeux une orchite aiguë blennorrhagique avec douleurs dans le testicule gauche fort intenses. L'injection de cinq milligrammes d'héroïne le 9 janvier soir calme vite et pour toute la nuit les douleurs du malade; le lendemain, les douleurs étant plus supportables, on n'a plus recours à l'héroïne.

**OBSERVATION XXXVII.** — D..., Prosper, 65 ans, porteur d'un carcinome de l'estomac, se plaint, le 11 janvier 1902, de douleurs assez violentes dans la région épigastrique. Une injection de cinq milligrammes d'héroïne est faite; quinze à vingt minutes après, les douleurs sont beaucoup moins fortes et restent ainsi jusqu'au lendemain matin. A la suite d'une nouvelle piqûre, les douleurs sont calmées de nouveau au bout de quelques minutes.

Dans les treize observations qui précèdent, l'action analgésique de l'héroïne ne peut faire de doute. Les douleurs les plus diverses sont calmées, aussi bien celles du carcinome stomacal (obs. XXXVII), celles de la colique saturnine (obs. XXVI, XXVII), celles de l'orchite (obs. XXXVI), que celles de la sciatique (obs. XXXI, XXXII), celles de la colique appendiculaire (obs. XXXV), celles d'une sclérose en plaques (obs. XXVIII), que les douleurs fulgurantes ou les crises gastriques du tabes (obs. XXV, XXIX, XXX, XXXIII, XXXIV). L'intensité de cette action analgésique est remarquable, puisqu'un demi-centigramme a presque toujours suffi pour calmer lors d'une première injection. La rapidité de l'action n'est pas moins à retenir, comme aussi la durée pendant laquelle la souffrance est suspendue. C'est du reste à des conclusions analogues qu'arrivait GANTIN dans son travail; aussi nous nous contentons de résumer brièvement ce point.



nausées, même des vomissements parfois tellement pénibles, que trois d'entr'eux ont absolument refusé une deuxième injection. Chez un de nos sujets, celui de l'observation XIII, les troubles d'intoxication revêtirent une allure des plus inquiétantes. Il eut une véritable syncope de cinq minutes après l'injection et il fallut le mettre au lit : toute la journée il eut des vomissements et le lendemain des nausées l'empêchèrent de manger. Chez plusieurs de nos malades les troubles cessaient lors de la troisième ou de la quatrième injection, mais chez un malade qui avait présenté des troubles d'intoxication assez accentués, le sujet de l'observation II, nous avons donné de l'héroïne à la dose d'un centigramme par jour du 31 octobre au 6 janvier sans que les vertiges, la sensation d'ivresse, les nausées et même les vomissements qu'ils avaient éprouvés le premier jour se soient atténués, au contraire ils semblaient aller en augmentant.

Il est à remarquer toutefois que des cinq malades précédemment morphinisés, aucun n'a présenté avec l'héroïne des accidents à la première piqûre dignes d'être notés. Mais il est à remarquer aussi que les neuf malades qui ont été particulièrement intoxiqués par l'héroïne étaient tous des artérioscléreux, à localisations médullaires, cardiaques, circulatoires, pulmonaires, ce qui pourrait donner l'explication de ces accidents et limiter, par suite aussi, les malades justiciables de ce médicament.

Un autre point qui nous a paru intéressant à signaler, c'est la fin plus hâtive des tuberculeux calmés par l'héroïne. Nous n'incriminons pas le médicament; nous n'ignorons pas en effet que la morphine « endort pour toujours » avec rapidité les malheureux phtisiques arrivés à la période terminale; mais nous incriminons le procédé qui consiste à calmer brutalement, nous incriminons le choix que l'on fait de la morphine, que l'on pourrait faire de l'héroïne pour cela. Or, des six phtisiques avancés à qui l'héroïne a été donnée, aucun n'a survécu deux mois, et chez certains, cependant, rien n'annonçait que la résistance était à bout; l'un d'entr'eux en particulier nous a laissé l'impression d'avoir été précipité par l'héroïne à la mort. Ils cessaient de cracher et s'intoxiquaient ainsi rapidement. Cette remarque ne laisse pas que d'être importante, ou en conviendra.

Pour terminer, nous dirons, d'accord avec nombre de cliniciens et de physiologistes que l'héroïne est un excellent médicament, efficace contre la toux, la dyspnée, la douleur; nous ajoutons qu'il faut la préférer dans la crainte du morphinisme. L'héroïne ne pourra cependant être donnée indistinctement à tous ceux qui toussent, souffrent ou sont oppressés : les artério-scléreux sont exposés à l'ivresse héroïnique, qui, si elle n'est pas grave, est néanmoins ennuyeuse, et les tuberculeux excavés sont rapidement aggravés et conduits à la mort. Dans tous les autres cas, elle sera très efficace.

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 25 Avril 1902

Présidence de M. COMBEMALE.

### L'épidémie de variole de Lille

**M. Combemale.** — A la dernière séance, M. INGELRANS a rapporté l'histoire d'un varioleux entré le 3 avril à l'hôpital de la Charité : c'était le premier cas observé de l'épidémie qui règne actuellement à Lille. Cette épidémie va en augmentant, comme l'on devait s'y attendre. Actuellement, quarante malades sont entrés à la Charité, dont cinq sont morts, les cinq décès comprennent le premier malade observé, qui avait 23 ans, trois enfants et un homme de quarante ans. Ce sont surtout les enfants et les adultes qui sont atteints. Le plus âgé de ceux qui sont en traitement actuellement a à peine trente ans. Ceci démontre que les jeunes gens sont en défaut au point de vue de la vaccination ou de la revaccination. Sous l'impulsion de M. le Préfet, vigoureusement secondé par le Président du Comité de vaccine, notre collègue M. OUI, les mesures ont été prises pour combler ces déplorables lacunes dans la prévention de la variole; les revaccinations se multiplient.

**M. OUI** dit qu'il n'est pas encore fixé sur le nombre des vaccinations pratiquées.

Dès que la variole a eu pris un caractère épidémique, il a réuni le Comité central de vaccine qui a averti le public de la gravité de la situation. M. le Préfet du Nord, qui se préoccupe beaucoup des questions d'hygiène, a fait revacciner tous les employés de la préfecture et a invité les chefs des grandes administrations à prendre les mêmes mesures.

Le public a été, heureusement, ému par la note parue dans les journaux quotidiens. Le zèle général à se faire revacciner a été presque excessif, au point qu'on a dû mettre des agents ou des gendarmes à la porte des hôpitaux, en raison de l'affluence des gens qui se présentent aux vaccinations. A l'Institut Pasteur, on vaccine 500 personnes par jour, aux hôpitaux, on a fait un millier de vaccinations. En outre, des vaccinations sont pratiquées par M. OUI dans les locaux de la Faculté. Les visiteurs des hôpitaux ont accepté très facilement l'obligation qu'on leur fait de se faire vacciner; l'empressement est même considérable. On s'explique ainsi que la fourniture du vaccin soit devenue difficile. On en a fourni deux à trois mille tubes par quarante-huit heures; et, malgré tout, on a dû ajourner certaines vaccinations en masse. Ce premier zèle va naturellement diminuer.

L'épidémie continuera sans nul doute; car, il y a quinze jours, à l'hôpital de la Charité, il y avait 13 cas; aujourd'hui, il y en a 40.

Il est nécessaire de mettre la vaccination le plus possible

posent en effet  
MALE, doyen de  
locaux univer-  
le lundi soir.  
ployer qu'une  
praticables aux  
este donc à la  
itut Pasteur.  
er plus large-

xiste dans les  
s malades, la

peu près par-  
de 7 ans, qui  
rs mois de la  
eaucoup d'en-

ue les femmes  
es malades. A  
raconte qu'il a  
es jeunes filles

exceptions. A  
me seule était

, à l'arrivée au  
vaccinés dans

issent de faire

t, les idées  
nce.

de la mau-  
A suivre).

## INELS

oins tardifs.

lical du Nord  
cipe d'après  
e refuser ses  
nent. Comme  
responsabilité  
t libre de se  
ne peut l'y  
le conscience  
ce domaine

mpéraments.  
des'obliger,

par un lien de droit, à donner ses  
personne. C'est ce qu'il fait, soit lorsqu'il signe, dans ce  
but, un traité avec un bureau de bienfaisance, une société  
de secours mutuels, un chef d'industrie, etc, soit lorsqu'à  
l'appel d'un malade, il répond en promettant qu'il s'y  
rendra. Dans tous ces cas, un contrat véritable intervient,  
contrat qui fait la loi des parties, et qui doit être exécuté  
de bonne foi par chacun des contractants sous peine de  
responsabilité. (Art. 1134 C. civ.)

Un arrêt, rendu par la cour de Pau, le 1<sup>er</sup> mai 1900, et  
qui vient d'être publié au *Recueil de DALLOZ*, 1902, II, 33,  
fournit un intéressant exemple de circonstances pouvant  
mettre en jeu, à ce point de vue, la responsabilité civile  
du médecin.

Un ouvrier, travaillant sur les chantiers de construction  
d'une voie ferrée, avait été victime d'un accident très  
grave. L'entrepreneur, son patron, fit immédiatement  
mander un médecin, le docteur A... avec qui il avait passé  
un traité pour les soins à donner à son personnel. Mais,  
par suite de circonstances que relate l'arrêt, ce médecin  
n'arriva sur le lieu de l'accident que plusieurs heures  
après la mort de l'ouvrier. De là une action en dommages-  
intérêts intentée contre le médecin par la veuve de l'ou-  
vrier, prétendant que la mort de son mari devait être attri-  
buée au défaut de soins et au peu d'empressement apporté  
par le médecin à se rendre auprès du blessé. Et voici com-  
ment la cour de Pau apprécia cette prétention :

« Attendu que, si la jurisprudence paraît admettre que  
le médecin qui refuse d'obtempérer aux réquisitions  
régulières de l'autorité peut-être atteint par la loi pénale, il  
n'a jamais été soutenu qu'un texte de nos lois fût appli-  
cable à l'homme de l'art qui ne répond pas à l'appel d'un  
malade ; — Attendu que, dans certains cas particuliers,  
les tribunaux ont trouvé le principe d'une responsabilité  
civile dans le fait du médecin qui, après avoir promis de  
se rendre auprès d'un malade, manquait à sa promesse ;  
mais que, pour qu'il y ait lieu d'appliquer cette jurispru-  
dence, il faut que la partie établisse : 1<sup>o</sup> que c'est volon-  
tairement que l'homme de l'art ne s'est pas rendu auprès  
du malade ; 2<sup>o</sup> que ses soins auraient certainement sauvé  
la vie du patient ; 3<sup>o</sup> enfin, que, s'il n'avait pas promis  
de venir, on aurait pu s'adresser à un autre médecin ;  
— Attendu que, dans l'espèce actuellement soumise à  
l'examen de la cour, en acceptant même comme démontrés  
les faits offerts en preuve par la veuve Montastier, la  
faute reprochée au docteur A. ne réunirait pas les condi-  
tions voulues pour entraîner sa responsabilité ; — Attendu  
que l'intimé, le médecin dont la demeure se trouve dans  
un pays très accidenté, distante de 10 kilomètres au moins  
du lieu de l'accident, n'a pu être prévenu qu'à une heure  
avancée de la nuit ; qu'en tenant pour exact qu'un billet,  
hâtivement écrit par l'entrepreneur, ait informé le méde-

cin de la nature de l'accident, rien ne démontre que cet écrit émanant d'une personne dépourvue de connaissances médicales, fût de nature à révéler au docteur la gravité et le danger immédiat que présentait la blessure de Montastier : — Attendu que, dans ces circonstances il ne serait pas juste de soutenir que le docteur A... avait commis une faute grave en se rendant sur les lieux de l'accident que vers huit heures du matin ; — Attendu d'autre part, que l'appelante soutient que la seule cause de la mort de Montastier est l'hémorragie qui a suivi l'écrasement de la jambe gauche par la roue du wagonnet, et que par conséquent, en arrêtant l'écoulement du sang, le docteur A... aurait sauvé la vie du blessé ; — Attendu que c'est là une hypothèse admissible, étant donnée la grande quantité de sang que paraît avoir perdu Montastier ; mais que rien ne peut aujourd'hui démontrer d'une façon suffisamment probante la vérité de cette allégation ; qu'il ne faut pas en effet, oublier que cinq années se sont écoulées depuis l'accident et qu'aucune constatation médicale n'a été faite à cette époque sur le corps de la victime ; que, par suite, rien ne permet d'affirmer que la mort de Montastier ne soit pas la conséquence d'un de ces accidents traumatiques en présence desquels les hommes de l'art les plus habiles restent souvent impuissants ; — Attendu, en conséquence qu'il n'est point établi d'une façon suffisamment certaine que des soins, même immédiatement prodigués à Montastier par l'intimé eussent été suffisants pour l'arracher à la mort ; que c'est donc avec raison que les premiers juges ont repoussé la demande de la veuve Montastier. »

*En droit*, par conséquent, le médecin qui a accepté de soigner un malade peut encourir une certaine responsabilité. Il est responsable, selon les termes de la règle générale bien connue, « du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence ». Art. 1383 C. civ. Mais c'est au plaignant à prouver trois choses : 1° la négligence, l'imprudence, en un mot, la faute qu'il reproche au médecin ; 2° le préjudice dont il demande réparation ; 3° la relation directe et certaine entre la faute et le préjudice.

*En fait*, dans l'espèce sur laquelle a statué la cour de Pau, l'action en dommages-intérêts dirigée contre le médecin a été écartée parce que la plaignante ne pouvait fournir la preuve ni de la faute du médecin, ni de la relation entre la faute prétendue et le préjudice subi.

D'une part, la faute n'existait pas, ou du moins, n'était pas prouvée. Pour établir cette faute, il eût fallu établir la négligence du médecin, prouver, par exemple, que le médecin avait eu connaissance que le blessé se trouvait dans un état grave exigeant des soins immédiats, et que, malgré cette connaissance de l'état du malade, il n'avait pas, le pouvant, fait diligence pour se rendre auprès de lui.

D'autre part, il n'était pas non plus mort du blessé fût la conséquence de l'abstention du médecin, et que les soins n'arrivés à temps, eussent, sans nul doute, sauvé le blessé. — Il y avait donc, en l'espèce, des raisons qui devaient soustraire le médecin à toute responsabilité.

## NOUVELLES & INFO

**Le Comité du Centenaire de l'Interne en Chirurgie des Hôpitaux de Paris** appelle à tous les membres du Corps médical de lui envoyer les documents relatifs à la rédaction du livre du Centenaire.

Les souvenirs personnels ou traditionnels joués par les Internes dans les grandes époques ont marqué le cours du siècle (Révolution, grandes épidémies, guerre de 1870, etc...) présentent un intérêt de premier ordre. Les collègues qui possèderaient des documents de cette nature sont instamment priés d'adresser avant le 10 mai à M. le docteur DURAN, général du centenaire, 129, Faubourg Saint-Martin, Paris.

**Un concours s'ouvrira le 3 novembre prochain, à l'École d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission à trois emplois de pharmacien du service de santé militaire.**

Sont admis à concourir :

Les étudiants ayant accompli leur stage officiel régulier de deux ans, ou quatre ou huit inscriptions de scolarité au grade de pharmacien de 1<sup>re</sup> classe, et ayant subi l'examen de fin d'année.

Les autres conditions sont les suivantes : 1° être français ou naturalisé français ; 2° avoir eu, au 1<sup>er</sup> janvier, de 23 ans pour les élèves ayant des moins de 24 ans pour les élèves ayant des moins de 25 ans pour les élèves ayant des moins de 26 ans ; 3° avoir fait constater qu'ils sont actuellement dans l'armée ; cette attestation doit être accompagnée d'un certificat d'un médecin militaire au moins (1).

Les élèves en pharmacie du service de santé militaire, dès leur admission, l'ont été dans l'armée active pendant deux ans, à compter de leur nomination au grade de pharmacien de 2<sup>e</sup> classe.

Les élèves sont répartis à leur convenance entre les sept villes suivantes : Lyon, Montpellier, Nancy, Paris et Toulouse.

(1) Instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude au service militaire.



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** ; La première année de fonctionnement de la consultation des maladies des enfants à l'hôpital de la Charité (Année 1901), par le docteur **E. Ausset**. — **Ostéomyélite aiguë hypertoxique** due au staphylocoque doré, par le docteur **Surmont** et **M. P. Colle**. — A l'appui de l'origine infectieuse de certains cas de maladie de **Friedreich**, par les docteurs **Combemale** et **Ingelrans**. — La production des lésions dans l'enseignement de la médecine opératoire, par le docteur **O. Laurent**. — SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD : Séance du 23 avril 1902 (fin). — VARIÉTÉS ET ANECDOTES. — MOTS DE LA FIN. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### La première année de fonctionnement de la consultation des maladies des enfants à l'hôpital de la Charité (Année 1901)

Par le docteur **E. Ausset**,

professeur agrégé, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Lille.

Le 15 décembre 1900 était ouverte, sous les auspices de l'administration des Hospices de Lille, une consultation pour les maladies des enfants à l'hôpital de la Charité.

L'administration voulut bien me charger de diriger cette consultation. Qu'elle me permette de lui adresser ici mes plus vifs remerciements.

Le compte-rendu qui va suivre montrera, je le crois, à MM. les administrateurs l'utilité, je dirai mieux, la nécessité incontestable de cette consultation dans un quartier si peuplé et si ouvrier qui ne pouvait en rien profiter des ressources de l'hôpital St-Sauveur, beaucoup trop éloigné.

J'avais été frappé à l'hôpital St-Sauveur que la presque totalité des petits malades appartenait aux différents quartiers de Fives et de St-Sauveur et qu'il était exceptionnel, pour moi, d'en voir venant des rue de Juliers, de Wazemmes, du Faubourg du Sud etc... Il était évident que l'éloignement de ces quartiers était la seule cause de cette particularité, car les mères de famille, travaillant toutes pour la plupart, ou ayant d'autres enfants à soigner à leur domicile, ne peuvent s'absenter longtemps ; venir à St-Sauveur était pour elles perdre toute la matinée ; aussi s'abstenaient-elles, et la population infantile de tous ces quartiers ne pouvait que souffrir de cet état de choses. L'administration des Hospices de Lille, ne considérant à juste titre que le mieux à faire en faveur de la population ouvrière, fut donc bien inspirée en décidant l'ouverture de cette consultation.

Le nombre des petits malades qui sont venus réclamer mes soins démontre plus que tout commentaire combien elle a eu raison. Du 15 décembre 1900 au 31 décembre 1901, j'ai reçu 606 nouveaux malades et ai donné 1198 consultations.

Pour une première année, alors qu'il fallait établir le courant, c'est un total des plus respectables. Je ferai observer, en outre, que sur ces 606 enfants, pas un seul n'habitait les quartiers dépendant de la circonscription de St-Sauveur. A part quelques malades venant de Roubaix, Gondecourt, Lambersart, etc... et qui m'étaient envoyés personnellement par des



ons- mères n'ont jamais appris comment il fallait soigner  
un nourrisson ; la pauvreté, parce que n'ayant souvent  
açon pas de quoi s'acheter du pain, elles ne peuvent acheter  
s : de bon lait ou, si elles allaitent, elles ne fournissent à  
1 leurs enfant qu'un lait absolument insuffisant. Il est  
2 véritablement remarquable de constater qu'aucune  
3 8 des règles de l'hygiène alimentaire n'a été inculquée  
6 à ces mères ; le plus grand nombre de ces malheu-  
4 reuses sont accouchées par des sages-femmes ; il est  
204 véritablement regrettable que ces praticiennes ne  
1 prennent pas le soin de bien expliquer, en des termes  
le 3 précis et clairs, comment on doit alimenter un nour-  
6 risson pendant la première année. Quelques-unes,  
2 comme [d'ailleurs certains médecins, ont l'habitude  
16 d'édicter [de très sages prescriptions, pour la nourri-  
43 ture qui doit être donnée pendant les jours qui vont  
22 suivre l'accouchement. Mais il est rare que les uns  
5 comme les autres pensent à édicter les mêmes règles  
1 pour les mois qui vont suivre. Un enfant de six mois  
1 ne peut pas être nourri comme un enfant d'un mois,  
38 cela n'a pas besoin d'être démontré, n'est-il pas vrai ?  
31 Aussi conviendrait-il d'expliquer à chaque nouvelle  
accouchée les règles qu'elle aura à observer pendant  
er et les neuf à dix premiers mois de la vie de son enfant.  
ésire Pourquoi les bureaux de l'état-civil ne remettraient-ils  
ants, pas à chaque déclaration de naissance des instructions  
précises sur l'hygiène du nourrisson et plus particu-  
tube lièrement une notice indiquant les quantités de lait que  
de la doit prendre un enfant suivant son âge et comment il  
élite, faut espacer les repas. On pourrait coller cette notice  
venus sur tous les livrets de mariage. Aucun confrère ne  
tales, pourrait se froisser de cette mesure générale.

A côté de ces mères qui pèchent par ignorance, il  
y a celles dont la misère atteint à des degrés dont on  
ne peut avoir idée, si on ne l'a pas coudoyée. Que de  
fois, presque tous les jours, nous recevons de ces  
pauvres femmes qui nous amènent un enfant rendu à  
la dernière période de la cachexie gastro-intestinale ;  
nous lui demandons comment elle nourrissait son  
enfant : avec de la soupe, nous dit-elle. Pourquoi ?  
45 de parce qu'elle n'a pas d'argent pour acheter du lait. Un  
5 ans. grand nombre de filles-mères, pour ne prendre que  
cet exemple, sont obligées d'aller à l'usine pour gagner  
com- quelque argent qui va recevoir l'emploi suivant :  
Igno- loyer, du pain et quelquefois des pommes de terre  
s, les pour son alimentation, et enfin le paiement de la  
s 150 soigneuse qui se charge du nourrisson pendant que la  
de La mère est à l'usine. Or le prix que cette mère peut  
reuses

donner à la soigneuse ne dépasse pas quelquefois 10 à 15 sous par jour. Et là-dessus il faut acheter du lait ! Comment faire ? Et quel lait achètera-t-on quand on pourra s'en procurer ? C'est navrant, mais c'est l'exacte vérité.

D'autre part il est *matériellement impossible* d'obtenir de ces femmes qu'elles nourrissent leur enfant au sein ; elles sont obligées pour vivre d'aller à l'usine ; c'est donc l'allaitement artificiel qui devient obligatoire pour elles, et, bien plus, l'allaitement artificiel chez la soigneuse.

Aussi nous sommes absolument désarmés quand nous nous trouvons en face de ces bébés atteints de gastro-entérite qui, pour guérir, auraient seulement besoin d'une bonne alimentation. *Toute thérapeutique est impuissante si on ne lui adjoint pas du bon lait et une bonne hygiène alimentaire.*

Il est donc urgent que l'initiative privée et les pouvoirs publics remédient à cet état de choses absolument lamentable. Il n'y a qu'une *seule façon* d'y remédier, c'est la création de consultations de nourrissons, faites tous les jours dans les quartiers ouvriers, avec distribution gratuite de lait stérilisé pour les cas, malheureusement trop nombreux, où les mères ne peuvent nourrir. Les remarquables résultats obtenus par M. BUDIN à sa consultation de nourrissons prouvent quels immenses services on peut espérer de telles œuvres, et ce sera, certes, un des plus grands mérites de ce Maître d'avoir le premier donné l'idée de ces consultations. Mais il faut bien le dire, c'est encore plus dans les dispensaires, tels que celui de M. VARIOT, à Belleville, que l'on peut apprécier les bons effets de ces « écoles de mères », comme l'a si bien dit M. DE ROTHSCHILD ; en effet, M. BUDIN et tous les accoucheurs n'ont l'habitude de voir que des nourrissons bien portants et il leur est relativement aisé d'obtenir les résultats remarquables auxquels ils sont arrivés. Mais tout autre est la situation des dispensaires analogues à celui de M. VARIOT, où l'on ne reçoit presque exclusivement que des enfants malades, que des bébés atteints de gastro-entérites chroniques, quelquefois même déjà cachectiques. Aussi, quand on a vu fonctionner de telles œuvres, quand on a vu leur résultat chez des enfants fatalement condamnés à mort, on ne peut que désirer ardemment d'en voir couvrir le territoire de toutes les villes ouvrières. Grâce à ces conseils donnés tous les jours aux mères, grâce au bon lait qu'on leur fournit quand elles ne

peuvent nourrir, on peut affirmer hautement que M. VARIOT et tous ceux qui, comme lui, ont installé ces « consultations de nourrissons » ont sauvé la vie à des milliers de pauvres bébés, qui, sans eux, auraient fatalement succombé.

Car, il ne faut pas s'y tromper, la distribution de bon lait a incontestablement une très grande importance ; mais ce qui prime tout c'est « la Consultation », c'est le conseil donné chaque jour à la mère, c'est la direction qu'on lui imprime pour élever son enfant ; tout est là.

Bien coupables sont les personnes et les pouvoirs publics qui ont la possibilité de créer de ces « Consultations », de ces « Gouttes de Lait » et qui ne le font pas, par leur incurie, leur négligence, leur indifférence. Je ne crains pas de le proclamer hautement, ils sont responsables de ces nombreux décès de bébés, *puisque, s'ils l'avaient voulu, ils les auraient enrégés.*

Il est un point sur lequel je voudrais attirer l'attention. Il est encore de notion courante dans le public médical de ne considérer comme atteints de gastro-entérite que les enfants qui ont de la diarrhée, avec ou sans symptômes gastriques. C'est là une erreur qu'il faudrait faire disparaître ; et l'on doit considérer comme atteint de gastro-entérite chronique bien d'autres bébés dont, par exemple, voici un type assez commun :

Un enfant, en apparence bien portant, gros, joufflu, mais un peu pâle, a l'appétit capricieux ; tantôt il a peu d'appétit, tantôt il mange avec avidité sans jamais être rassasié. Il va très difficilement à la garde-robe ; ses selles sont très dures, constituées souvent par des petites boules ; elles sont très fétides, et si on les examine de près, on constate qu'assez fréquemment elles sont recouvertes de petits filaments glaireux. L'enfant est agité la nuit, sue de la tête, et a souvent de petites éruptions cutanées (prurigo, strophulus, urticaire, etc.). *Cet enfant a de la gastro-entérite chronique.*

Nous donnons là un tableau qu'on ne rencontre pas toujours aussi complet, et les troubles peuvent quelquefois n'être constitués que par une très forte constipation. Dans ce cas encore, c'est de la gastro-entérite. A notre avis, tout bébé, qui présente cette constipation opiniâtre, qui ne va que rarement à la selle d'une façon spontanée, est un enfant atteint de gastro-entérite, qui doit être soigné au même titre que celui qui présente des crises diarrhéiques. En effet, si on règle l'alimentation d'une façon appropriée, si on

le lavages journaliers à temps à autre par de ne tarde pas à voir les perdre leur dureté et très important de bien ues parce qu'elles sont aiguës graves.

respiratoire comptent s le nombre des enfants . Charité.

ères voies respiratoires, fréquence des végétations cortège symptomatique s sont enflammées. Je ants se présentant pour orleurs de végétations d'adénoïdite C'est une sidérable.

cerne ces adénoïdites 'attention sur un point nfantile sur lequel les et qui n'a été bien mis que par le mémoire de des troubles dyspeptiques rhino-pharyngites étations adénoïdes avec : cavum.

un assez grand nombre ai pu noter 11 fois ces e temps qu'un retentis- sur l'état général ; ces -pus en assez grande appétit ; ils ont toujours it saburral très-épais, efois fétide ; le matin ver grand peine qu'ils ns des cas plus accen- testinaux, de l'entérite n évidemment sous la r rhino-pharyngienne infection du cavum et nd ces symptômes de nfant pâlit, maigrit à se beaucoup, comme s un peu de bronchite i tuberculose. On ne is l'ordre, si l'on dirige

un traitement approprié contre les r rhino-pharyngiennes.

A signaler deux cas d'asthme adénoïdien radicalement guéris par le raclage des végétations.

Je voudrais ici relater rapidement l'observation d'un cas que j'ai catalogué : *Adénopathie trachéo-bronchique syphilitique primitive*, sans pouvoir affirmer absolument ce diagnostic. Voici les faits :

Le premier jour où s'ouvrit la consultation de La Charité, le 15 décembre 1900, on m'amenait un bébé de cinq mois, L... Marcel, habitant rue Négrier. Cet enfant, très malingre, très pâle, avait depuis une huitaine de jours une toux *quinteuse* incessante. Devant nous il eut plusieurs accès de cette toux, sèche, ressemblant à celle de la coqueluche, mais sans reprise sonore. Pas la moindre fièvre. Respiration absolument intacte, pas de râles ; gorge normale, pas de végétations adénoïdes, pas de pharyngite, pas de larmolement, pas de coryza. Je ne pus faire ce jour-là aucun diagnostic précis et j'ordonnai simplement une potion calmante et une pommade mentholée à mettre dans le nez.

Le 17, l'enfant est dans le même état ; le 20, la toux persiste toujours et les quintes sont parfois suivies de symptômes asphyxiques passagers. Il n'y a pas de mucosités filantes sortant de la bouche après les quintes et rien qui rappelle la coqueluche ; toujours apyrexie et absence de râles dans la poitrine, aspect normal de la gorge ; je pense alors à l'adénopathie trachéo-bronchique. Je dois dire que la percussion et l'auscultation, il est vrai bien difficile en cette région chez un bébé de cet âge, ne me décèlent rien de ce côté-là. Toutefois ne pouvant trouver aucun diagnostic à faire, je m'arrête à cette idée, et je discute alors la nature de cette adénopathie ; à mon avis elle doit être tuberculeuse ; mais comme on a décrit l'adénopathie syphilitique et même comme manifestation *primitive* de la syphilis, je recherche aussi de côté. J'apprends que la mère a fait 3 fausses couches, qu'un autre enfant est mort quelques jours après sa naissance. Le père et la mère nient tout accident syphilitique ; je ne retrouve rien sur l'enfant, sauf sa chétivité et son état presque cachectique qui puisse me dire qu'il s'agit bien de syphilis héréditaire. Quoi qu'il en soit, puisque si nous avons affaire à de la tuberculose, la thérapeutique serait malheureusement de nul effet, je prescris un traitement spécifique intense (liqueur de Van Swieten et iodure) en même temps que je supprime la potion calmante ordonnée auparavant.

Le 24. — La toux a déjà beaucoup diminué ; le 29, l'enfant semble se remonter, et lui, qui refusait de boire son lait auparavant, l'absorbe maintenant très volontiers.

Progressivement la toux diminue et le 4 février le bébé était complètement guéri.

Evidemment je ne puis affirmer ici d'une façon absolue qu'il s'agissait d'adénopathie syphilitique,

mais l'évolution des accidents ne semble-t-elle pas plaider en faveur de cette opinion ?

Parmi les broncho-pneumonies que j'ai observées il en est une dont il me paraît très intéressant de relater les détails, à cause de sa marche insolite et de la complication méningée qu'elle a présentée :

D.... Elise, 11 mois, est amenée à la consultation le 9 décembre 1901. Très mal nourrie, a mangé de la soupe dès l'âge de 4 mois ; très-pâle, anémiée ; alternatives de diarrhée et de constipation. Tousse depuis trois semaines. Pas de fièvre. Quelques râles sonores disséminés dans la poitrine. Gros ventre ; il y a actuellement de la diarrhée et des vomissements.

Je porte le diagnostic de grippe avec poussée aiguë de gastro-entérite.

Le 11. — La toux persiste ; la fièvre s'est allumée très intense ; les vomissements et la diarrhée persistent et les râles de bronchite sont plus nombreux, plus disséminés, mêlés de râles musicaux et muqueux. Le 13, la mère nous dit que la veille l'enfant a présenté plusieurs crises convulsives ; les vomissements persistent, tout est rejeté, même l'eau. L'abattement est extrême. Je pense qu'il s'agit alors ou de tuberculose généralisée avec localisation méningée, ou d'une grippe avec méningite ou pseudo-méningite grippale.

Le 16. — Raideur de la nuque ; la tête est violemment rejetée en arrière et les muscles de la nuque formant de chaque côté une corde très dure. Même état général. Dans les poumons il y a de la bronchite fine diffuse. Le 18, dans l'aisselle droite, foyers de broncho-pneumonie. Les vomissements se reproduisent tous les jours, l'enfant ne peut rien conserver ; la raideur de la nuque persiste très accentuée, rien aux membres ; pas de signe de Kernig.

Le 19. Même état et en plus de la diarrhée verte.

Le 23. Tous les jours précédents, l'enfant est restée aussi mal ; ce jour-là je constate que la raideur de la nuque a presque disparu. L'enfant est dans le coma ; le thermomètre monte seulement à 38° ; le pouls n'est que de 76 ; plaintes constantes. La veille il y a encore eu des convulsions. Les vomissements ont cessé depuis la veille. Le poumon droit est parsemé de foyers bronchopneumoniques, la base est prise massivement.

Je me confirme de plus en plus dans l'idée d'une méningite aiguë grippale et je ne cache pas à la mère que l'issue fatale me semble malheureusement presque certaine et assez rapidement.

Or le 26, la mère me ramène l'enfant absolument réveillée de sa torpeur, commençant à s'intéresser à l'entourage ; la raideur de la nuque a totalement disparu ; il n'y a plus de vomissements, les selles sont normales. Mêmes signes pulmonaires que précédemment. Tout signe de méningite a disparu, il ne reste plus que la broncho-pneumonie droite.

Je n'insisterai pas sur les détails ultérieurs de l'observation qui ne présentent plus de particularités. Le 4 janvier 1902, l'enfant était tout à fait guérie.

Avons-nous eu affaire ici à un aiguë ou ce que l'on a appelé du pense plutôt en faveur de la méningite beaucoup de cas de méningisme que des méningites aiguës guéries. ratoire des cliniques avec mon collègue ponction lombaire qui malheureusement blanche. Je n'ai pas jugé à propos de j'estime que la curiosité scientifique s'efface en face de pratiques qui, qu ne sont pas sans dangers et je ne peux recevoir qu'on aille promener une aiguille dans le canal rachidien quand un malade ne le commande pas impérativement.

Parmi les cas de rhumatisme observés qui mérite d'attirer un instant notre

G... Victoria, 7 ans, est amenée mars 1901. — Cinq semaines auparavant s'est mise à souffrir du cou, ne pouvait sa colonne cervicale ; très rapidement de la tête se manifesta, et il y avait du gonflement au niveau de son gauche ; une incision fut faite par laquelle ne s'écoula que du sang.

Je vois donc cette enfant pour après cinq semaines de maladie, et très amaigrie, fébrile, sans appétit recouverte d'un enduit saburral. Elle nous raconte que c'est en quelques jours constitués et la déviation de la tête, douloureux au niveau du cou. La fièvre immobile, son cou absolument raide incliné à droite et en rotation tel regard tout à fait l'épaule gauche extrême ; quand on cherche à palpier cervicales on arrache des cris à la patiente même est douloureuse, l'enfant marche seule pièce. Il n'y a rien au cœur.

Le diagnostic, vu l'évolution des symptômes, ne fait faire de doute ; il ne s'agit pas de Pott, mais bien d'une arthrite cervicale ; quant à la tuméfaction musculaire amenée cette incision intempestive, elle est le résultat de la myosite de même nature.

J'instituai le traitement avec 3 grammes de sulfate de soude par jour.

Dès le 14 mars, la marche n'est plus gênée et le 18 on peut se rendre compte que la douleur au niveau des muscles cervicaux n'est que la douleur en pressant sur les épines et transverses des vertèbres.

Le 28 mars, l'enfant n'a plus de douleur musculaire est cicatrisée ; elle engraisse et il ne lui reste plus qu'un peu de raideur aux articulations vertébrales, avec du gonflement de la tête, inclinée à droite vers la gauche.

J'ai conseillé alors à la mère un traitement orthopédique ; mais j'ai revu l'enfant le 22 juillet, et ai constaté avec regret que mes conseils n'avaient pas été suivis. L'état général de l'enfant était excellent, la déviation de la tête était relativement légère et les parents se contentaient de cette situation.

Ces manifestations cervicales du rhumatisme sont très fréquentes chez l'enfant ; en face de douleurs, même vagues, erratiques et légères, on devra toujours y songer ; un traitement précoce approprié empêchant l'ankylose de se produire.

Les six cas de diphtérie, les huit de rougeole et les trois de scarlatine démontrent l'utilité qu'il y aurait à ce que l'Administration des hospices voulût bien autoriser la réception de ces malades dans des pavillons d'isolement de la Charité. Pour eux, comme du reste pour la plupart des autres malades, les parents refusent l'hôpital Saint-Sauveur beaucoup trop éloigné de ce quartier. Quand je leur offre un lit d'hôpital, ils acceptent souvent, mais quand je leur dis qu'ils doivent aller à Saint-Sauveur, ils préfèrent garder leurs enfants chez eux. Au point de vue prophylactique, c'est évidemment déplorable.

Je ne dirai rien du cas de menstruation précoce que j'ai noté. J'en ai relaté l'observation à la Société Centrale de Médecine du Nord. J'ajouterai seulement que j'ai encore revu l'enfant le 12 juillet, elle avait à nouveau un écoulement de sang par le vagin, soit près d'un mois (27 jours) après le premier ; c'est une nouvelle présomption en faveur de la menstruation précoce chez cette fillette de 4 ans et 9 mois.

Enfin pour terminer je ferai remarquer que malgré l'élimination systématique que j'en faisais j'ai dû donner des soins à 31 cas divers purement chirurgicaux ; cela justifie bien l'ouverture toute récente d'une consultation de chirurgie infantile confiée à mon distingué collègue le professeur agrégé Lambret.

### **Ostéomyélite aiguë hypertoxique due au staphylocoque doré**

par les docteurs **Surmont**, et **P. Colle**,  
Professeur à la Faculté de médecine Ancien chef de clinique chirurgicale

Dans un récent article (*Bulletin médical*, 26 mars 1902), M. le professeur LANNELONGUE trace le tableau d'une ostéomyélite suraiguë, non suppurative, marquée par les symptômes généraux les plus graves, entraînant le plus souvent la mort malgré la précocité des interventions, et caractérisée au point de vue bactériologique par l'associa-

tion au staphylocoque de diverses espèces microbiennes (streptocoque, bacterium coli, etc.).

Il nous a été donné récemment d'observer avec M. le professeur SURMONT un cas clinique identique, mais provoqué par le seul staphylocoque doré.

Voici l'observation : P. D..., 9 ans, est en pension. Le jeudi, il n'accuse aucun malaise, suit le régime de ses camarades, n'attire, en aucune façon, l'attention de ses maîtres. Le vendredi matin brusquement, en classe, il est pris d'une douleur vive dans la jambe droite vers le tiers inférieur de la région interne. Son mal est tellement violent qu'il pousse des cris et présente des tendances à la syncope. Il est porté à l'infirmerie où il reste 36 heures. Son état général s'aggrave rapidement. Son père est prévenu et peut encore le dimanche le transporter chez lui, au prix d'un voyage assez long et compliqué. Nous sommes appelés à le voir le lundi matin. La température depuis la veille oscille entre 40° et 41° ; le pouls bat à 160, assez bien frappé. Le petit malade est dans un état typhique, ne reconnaît personne, répond par des paroles divagantes aux questions qui lui sont posées. L'examen du cœur et des poumons reste négatif. Les gros viscères sont sans lésions appréciables. Le ventre est normal. Les pupilles sont également et moyennement dilatées. Aucun groupe musculaire n'est contracturé. Sur la peau du thorax et au ventre sont disséminées de petites pustules sans caractère pathognomonique.

Malgré le collapsus le malade accuse une douleur extrêmement vive dans la jambe droite au niveau de la malléole interne. Des sangsues ont été placées dans la région. Sous leurs traces n'existe aucun gonflement appréciable, une très médiocre rougeur est difficilement appréciable vers la partie supérieure et antérieure de la malléole. Quelques veines sillonnent la peau à peine plus marquées que sur l'autre jambe. Enfin, l'exploration digitale détermine un point limité, au niveau du cartilage épiphysaire et un peu au-dessus, où la moindre pression provoque des mouvements de défense et des cris. L'articulation est libre.

Nous n'hésitons pas à porter le diagnostic d'ostéomyélite suraiguë. L'intervention est pratiquée immédiatement.

Chloroforme. Incision de six centimètres à la région douloureuse jusqu'à l'os. Il n'existe pas trace de pus sous le périoste. Celui-ci est largement ruginé. En un point, au niveau du cartilage épiphysaire, une petite surface dépolie attire notre attention. Nous y portons une couronne de trépan qui pénètre jusque dans la cavité médullaire sans traverser aucun foyer purulent ; deux centimètres et demi plus haut, dans l'axe de l'os, nous pratiquons une seconde ouverture. En ce point, nous voyons, mélangé au sang, apparaître un petit filament purulent. Nous faisons sauter à la gouge le pont qui sépare les deux fenêtres osseuses, et nous pénétrons largement dans la moelle, sans obtenir une quantité plus notable de pus. Curetage, lavage au sublimé, tamponnement à la gaze ; aucune suture.

L'opération a duré un quart d'heure environ. Le petit malade a pris très peu de chloroforme ; il se réveille rapidement. Quand nous le quittons, une heure plus tard, une très légère amélioration semble se dessiner ; le petit malade nous reconnaît. Cette rémission ne s'accroît pas d'ailleurs et notre opéré meurt dans la nuit.

Les fragments d'os recueillis aseptiquement nous ont permis des cultures. Celles-ci, dues à l'obligeance de M. DRUCBERT, chef de clinique chirurgicale, nous ont révélé du staphylocoque doré à l'état de pureté absolue.

Les observations d'ostéomyélite suraiguë, à forme typhoïde, sont très rares. Plus rares encore sont celles où

la mort a pu survenir avant toute suppuration. MAUCLAIRE, dans les travaux très documentés qu'il a consacrés à l'affection, cite seulement le cas de REYNIER (*France médicale*, 1887) où les choses se sont passées de la sorte.

M. LANNELONGUE, revenu récemment sur la question, ainsi que nous l'avons précédemment rappelé, parle de 9 cas analogues et donne le résumé de l'un d'entre eux. Il s'agissait d'une ostéomyélite du col du fémur dont l'ouverture, sans avoir fourni de pus, fut suivie de guérison après une convalescence marquée par la formation de multiples abcès métastatiques.

M. LANNELONGUE, quatre fois sur ses neuf cas, a fait pratiquer l'examen bactériologique. Il a toujours trouvé « le staphylocoque associé à d'autres microbes, une fois au streptocoque, une fois au bacterium coli et au streptocoque, une fois à un bacille court qui ne fut pas déterminé et une quatrième fois enfin au coli bacille. »

De ces constatations renouvelées d'associations microbiennes dans les formes graves, d'ostéomyélites aiguës sans suppuration, M. LANNELONGUE conclut à la plus grande sévérité du mal, lorsque celui-ci résulte de la combinaison de plusieurs espèces microbiennes. A ces infections complexes appartiendraient toujours les variétés suraiguës avec symptômes typhiques, où l'état général sombre dès le début, entraînant parfois la mort du malade avant que le pus ait eu le temps de se collecter.

Notre observation, cependant, tendrait à démontrer que le staphylocoque doré peut, isolément, provoquer la forme la plus grave, typhoïde, de l'ostéomyélite aiguë.

A ce titre, elle méritait, sans doute, d'être rapportée.

### A l'appui de l'origine infectieuse de certains cas de maladie de Friedreich (1)

par les docteurs Combemale et Ingelrans (de Lille)

La maladie de FRIEDREICH est une affection dont la nature est encore ignorée. L'anatomie pathologique n'en est pas définitivement établie ; pour DEJERINE, la lésion initiale est une sclérose névroglique des cordons postérieurs de la moelle épinière et il existe, en outre, des lésions des cordons latéraux et plus spécialement du faisceau cérébelleux direct. Mais, dit MARIE, il est impossible de dire s'il s'agit là de lésions nées sur place ou de dégénération secondaires consécutives à l'altération de parties du système nerveux très éloignées les unes des autres.

Quoi qu'il en soit, le fait est que les lésions suffisantes pour entraîner toute la symptomatologie ne doivent se constituer dans leur totalité que tardivement,

puisque la maladie de FRIEDREICH n'apparaît, dans la règle, que peu de temps avant la puberté et que des cas bien plus tardifs existent (BONNUS). Il s'agit d'une sclérose d'origine ectodermique dont le début se fait à une époque où le développement des faisceaux médullaires est depuis longtemps parachevé (DEJERINE et THOMAS, mars 1902). La petitesse de la moelle peut n'être envisagée que comme la conséquence des dégénération survenues au moment de la puberté. La dégénérescence de la moelle devrait être regardée comme le phénomène initial.

« Les premiers symptômes se développant le plus souvent vers la 15<sup>e</sup> année, il paraît assez logique, eu égard au fonctionnement normal de la moelle jusqu'à cette époque, de penser que ses différentes parties sont jusque là anatomiquement saines et que le désordre fonctionnel accompagne le désordre anatomique. Par conséquent, si le syndrome de la maladie de FRIEDREICH n'est pas congénital, les lésions anatomiques ne le sont pas davantage : ce sont des lésions acquises, » (*Traité de médecine* de BROUARDEL et GILBERT, tome IX, p. 874).

D'autre part, plus les cas se multiplient, plus on voit que le caractère familial fait fréquemment défaut. Dans la thèse de SOCA, on trouve onze faits où ce caractère manque. CHARCOT, en 1888, montre deux sujets du même genre, en faisant remarquer que le caractère familial n'est pas constant, RAYMOND rapporte cinq cas de maladie de Friedreich et, parmi ces sujets, trois sont isolément atteints bien qu'ils aient des frères et sœurs. C'est là un point bien acquis (voir encore les faits de BONNUS, de SIMON, etc.)

Lorsque le mal atteint plusieurs collatéraux, on sait également qu'il débute à deux ou trois ans près au même âge chez tous les sujets atteints.

Voilà donc une maladie de dégénérescence, liée à une modification héréditaire de la moelle (les cas familiaux en font foi) qui semble attendre une influence quelconque pour se révéler dans son plein jour, à une époque toujours la même. Il doit suffire de bien peu de chose, car la prédisposition est capitale en l'espèce. Cette chiquenaude initiale pourrait bien être une infection, souvent légère, parfois grave. MARIE déclare que, lorsque la maladie semble se développer sous l'influence directe d'une maladie infectieuse, on n'est pas autorisé à conclure qu'il s'agit d'une relation de cause à effet, étant donné les cas plus nombreux sans infection antérieure. Nous pensons cependant que des faits

(1) Communication au Congrès de Toulouse d'avril 1902.



analogues à ceux de Musso, laissent fort à penser. Antonio contracte la variole à 20 ans ; aussitôt après l'ataxie de Friedreich débute. Son frère Domenico prend la variole à 17 ans : aussitôt après l'ataxie débute. La maladie du troisième frère Ignazio naît aussi après une variole prise à 15 ans.

RUTIMEYER signale des observations du même genre : Rudolf entre dans la maladie de FRIEDREICH à 7 ans après une scarlatine. Son cousin est atteint de fièvre typhoïde à 7 ans et les premiers signes s'établissent pendant la convalescence. Jacob, le frère, est pris après une chorée.

Nous ne pouvons nous étendre sur ces faits. On en trouvera l'ensemble dans le travail de DEMOULIN. Mais nous répétons qu'il paraît souvent y avoir plus qu'une pure coïncidence.

« Quel est l'agent qui met en branle la dégénérescence de la moelle ? La place de plus en plus considérable que l'infection et l'intoxication tendent à prendre dans l'étiologie des maladies en général doit porter l'attention sur elles ; et, dans quelques observations, en effet, l'apparition des premiers symptômes a été précédée d'une maladie infectieuse de l'enfance... Sous le masque de l'hérédité, on découvre l'infection et on est en droit de se demander s'il n'en est pas ainsi dans les affections exclusivement familiales... L'infection fait la maladie, mais l'hérédité fait la localisation. » (DEJERINE et THOMAS).

Dans les cas non familiaux, dans des exemples, par conséquent où la moelle a dû être héréditairement moins touchée, puisque les collatéraux du malade sont restés indemnes, il semble que l'origine infectieuse se manifeste plus souvent encore. Cela s'explique si l'on veut réfléchir que l'attaque a dû être plus intense pour mettre à mal une moelle plus résistante et demandant plus qu'une infection inaperçue pour être altérée. Cette indication montre que nous croyons à l'origine infectieuse de certains cas de maladie de FRIEDREICH et notre conviction s'appuie tant sur les observations publiées que sur un fait personnel dont voici la relation.

OBSERVATION. — Amélie R..., âgée de 15 ans et 3 mois, entre à l'hôpital de la Charité de Lille le 17 octobre 1901.

*Antécédents héréditaires.* — Père et mère bien portants, sans affections nerveuses. La malade a deux sœurs et trois frères : Marie, 13 ans, Julienne, 10 ans, Léon, 8 ans, Joseph, 4 ans, Pierre, 2 ans. Tous sont en très bonne santé.

*Antécédents personnels.* — La malade est née à terme, a été nourrie au sein et sa première enfance s'est passée dans d'excellentes conditions. Elle a marché de bonne heure. A 7 ans, elle prit la grippe. Celle-ci fut particulièrement intense : la malade dut garder le lit un mois. *Quand elle a voulu se lever*, elle ne put tenir sur ses jambes et tomba.

Peu à peu, malgré de nombreuses chutes, elle put faire quelques pas et se mit à marcher tant bien que mal. La jambe gauche surtout était paresseuse, faible et incertaine. L'année suivante, l'enfant remarqua les mêmes troubles à droite et insensiblement, la marche devint fort pénible. A 11 ans, les mouvements des bras manquèrent d'assurance. Lors de l'instauration récente des règles, tout augmente.

*Etat actuel.* — Fille de taille moyenne, robuste. Elle se met difficilement debout, et en prenant un point d'appui : pour conserver son équilibre, elle élargit sa base de sustentation. Elle n'appuie que sur le bord externe des pieds.

Pas d'ensellure ; légère scoliose dorsale.

Il faut la soutenir sous les bras pour lui permettre de faire quelques pas. Cet état est aussi accentué depuis dix-huit mois. Quand elle se met en marche, elle penche la tête en avant. La jambe est raide ; le pied frappé brusquement par terre. La démarche est tout à fait ébrieuse. Elle ne peut se retourner.

Au lit, elle ne soulève le membre inférieur qu'avec de grandes oscillations. La force musculaire est conservée et même assez grande.

Le pied est en varus équin. La face plantaire est très excavée : forte saillie des extrémités phalangiennes des métacarpiens.

Orteils en hyperextension. Les pieds sont le siège de troubles vaso-moteurs, de coloration rouge foncé.

Abolition des réflexes rotuliens. Signe de Babinski. Le membre supérieur droit est le plus incordonné. Pour saisir un objet, la malade plane et le prend brusquement. Pas de tremblement. Force conservée.

L'enfant est agitée de mouvements continuels, bien que peu marqués. Les bras remuent constamment et les mains se fléchissent. De plus, elle porte souvent la main devant la bouche, dans un geste contourné. Des mouvements désordonnés se manifestent à la face et fréquemment la bouche se tord un peu.

Les pupilles réagissent normalement. Ni diplopie, ni ptosis, mais mouvements nystagmiformes permanents.

Parole lente, scandée et nasillarde.

Sensibilité absolument intacte.

Intelligence médiocre : rire et pleurs sans motifs.

Ce Friedreich typique est né après une grippe. Dans le cas d'AMOUROUX, c'est immédiatement après une dothiëntenterie ; dans celui de G. PETIT, après une rougeole et une pneumonie ; dans celui de VARIOT, deux mois après une coqueluche ; dans celui de BONNUS, au cours de la syphilis ; dans ceux de GILLES et HUET, après une infection indéterminée et une typhoïde ; dans celui de DRESCHFELD, après une fièvre

typhoïde ; dans celui de CUCHE, après une coqueluche, comme dans le cas de BAUMEL ; dans celui de SIMON, après une diarrhée dysentérique ; dans celui de SOCA, après une coqueluche. Chez ERLIKI, on note une éruption ; chez KATZ, une scarlatine, comme chez LUNTZ, chez VIZIOLI, chez ORMEROD.

Sont-ce là autant de coïncidences ? Et ne peut-on croire que ces sujets, prédisposés à coup sûr, attendaient une infection pour manifester leur état, pour mettre en branle des prédispositions latentes, pour parfaire en un mot une lésion insuffisante par elle-même à les instituer infirmes ? Nous prenons acte de toutes ces observations pour conclure ceci : l'infection seule ne doit pas être capable de constituer la maladie de FRIEDREICH. Le caractère familial habituel ne permet pas une telle hypothèse. Mais, si dans les cas familiaux la moelle ne demande qu'un rien pour se trouver en infériorité, dans les cas isolés une maladie infectieuse notable paraît jouer un grand rôle pour faire éclater l'état morbide chez des individus qui seraient demeurés quasi-normaux sans cette intervention néfaste d'une infection déterminante.

#### BIBLIOGRAPHIE

- AMOUROUX. — *Thèse de Paris*, 1899.  
 BAUMEL. — *Mercure Médical*, 1891, p. 49.  
 BONNUS. — *Thèse de Paris*, 1898.  
 CUCHE. — *Thèse de Lyon*, 1887.  
 DEMOULIN. — *Thèse de Lille*, 28 janvier 1902.  
 GILLES et HUET. — *iconog de la Salpêtrière*, 1888 et 1898.  
 KATZ. — *Deuts. med. Woch.*, 15 septembre 1898.  
 LUNTZ. — *Deuts. med. Woch.*, 17 août 1893.  
 MUSSO. — *Rivista clinica di Bologna*, 1884.  
 PETIT. — *Journ. de clin. infant.*, 30 juin 1898.  
 RUTIMEYER. — *Virchows Archiv*, 1887.  
 SOCA. — *Thèse Paris*, 1888.  
 VARIOT. — *Journ. de clin. infant.*, 1898, p. 463.  
 DRESCHFELD. — *Manchester and Liverpool méd. Reports*, 1876.  
 SCHRÖNBORN. — *Neurol Centralbl.*, 1<sup>er</sup> janvier 1901.

#### La production des lésions

#### dans l'enseignement de la médecine opératoire

par le docteur O. Laurent, professeur à l'Université de Bruxelles.

Depuis huit ans, nous avons publié plusieurs articles sur les moyens d'adapter l'enseignement opératoire aux exigences de la technique moderne. Nous avons décrit des spécimens de sutures osseuses, tendineuses, nerveuses, de trépanations, etc., qui doivent, avec celles qui sont recueillies dans les hôpitaux (portions réséquées, moulages), constituer un musée de médecine opératoire. Dans un travail que M. le pro-

fesseur TERRIER a présenté, en notre nom, à l'Académie de médecine de Paris, nous avons décrit le *squelette chirurgical*, qui a figuré à l'Exposition de 1900, et sur lequel nous avons représenté de nombreuses opérations (tracés des incisions des amputations sur une substance transparente figurant les chairs, résections...). Nous avons dit antérieurement : « Nous espérons que ces démonstrations, choisies parmi les nombreuses pièces recueillies par nous, vous auront convaincu de ce que, même en dehors de l'hôpital, la chirurgie opératoire est justiciable d'un enseignement par intuition, et que le système qui vient d'être exposé est à même de rendre à l'élève plus de services qu'on en attendrait d'un cours d'apparence purement théorique.

« Sans compter qu'on peut rencontrer un cadavre hernieux ou goîtreux, qu'on peut figurer une hémorragie par l'injection artérielle, et qu'à défaut de matériel on pourrait pratiquer certaines opérations inoffensives sur l'animal anesthésié. Nous créerons des lésions compliquées sur lesquelles nous ferons travailler sous nos yeux ; il nous arrivera, par exemple, de faire une incision transversale de la face antérieure de l'avant-bras, intéressant muscles, artères, veines et nerfs ; de pratiquer, à l'aide de l'instrument tranchant, une lésion de l'abdomen ; de fracturer un os long et un os crânien, de déterminer quelque autre lésion : produire des luxations diverses. »

Nous estimons que, certaines lésions étant mises à part (tumeurs, sac herniaire...) on peut réaliser sur le cadavre presque toute la technique opératoire de la pratique. Et, partant de cet adage que, qui peut le plus, peut le moins, nous faisons pratiquer aux élèves les opérations les plus compliquées : suture d'une plaie intra-thoracique, exploration chirurgicale et suture d'une plaie du foie, suture d'une plaie ou d'une ulcération de l'estomac et exploration de celui-ci ; recherche de corps étrangers. La production de lésions artérielles est donc d'un grand secours dans l'enseignement.

Si nous avons, par exemple, pratiqué une plaie du poumon et injecté dans la plèvre un liquide coloré, il nous faut d'abord faire la ponction exploratrice, l'aspiration et la pleurotomie ; nous allons plus loin : nous taillons un volet de DELORME, ce qui demande des résections costales et des ligatures. Le volet ouvert, nous explorons de visu la cavité pleurale, la face externe du poumon, nous relevons son bord inférieur,



ir pour examiner la face  
aie. Nous pouvons aussi  
le parenchyme pulmo-  
n que nous ouvrons au  
loigt perforant. *Par cette  
et reproduit la chirurgie  
ue tous les caractères de*

collection du foie. Nous  
incision à effectuer sur  
lorons le bord antérieur  
ui-ci en soulevant les  
ntérieure ; nous le rele-  
stérieure.....

ions pour l'arthrotomie.  
crânienne Quelle est la  
lire, hémostase, explo-  
lles tentatives d'extrac-  
rir ?

eine jugulaire et de la  
ter ?

t-bras ? Il y a à lier les  
bouts tendineux et ner-

nes figureront certains  
nous pourrons repro-  
oins, la technique de la

uthétérisme normal de  
e fausse voie périnéale,  
injection : nous repré-  
Celle-ci est traitée par  
ler périnéotomie Nous  
postérieur de l'urèthre  
rinéale ; nous passons  
rique et au cathétérisme

re système d'enseigne-  
lé des méthodes fran-  
pas être entraîné trop

**U DÉPARTEMENT DU NORD**  
il 1902 (fin)  
COMBEMALE.

luxation du coude  
mbre supérieur amputé  
omme de vingt et un ans.

Celui-ci était tombé sur la paume de la main et avait aussitôt refait une seconde chute sur cette main. Il se produit du gonflement et de l'impotence du membre, dus à une luxation en arrière et en dehors qu'on réduit deux heures après sa production. La main et l'avant-bras deviennent froids et anesthésiés. Le pouls a disparu. Le soir, énorme œdème très tendu, non dépressible.

On incise au niveau de l'articulation. Il y a là un volumineux hématome ; les ligaments sont rompus. La luxation s'était reproduite, ce qui s'explique avec ces déchirures importantes. Le nerf médian, aminci, est le siège d'une vive infiltration sanguine. L'artère humérale ne bat plus ; les tuniques interne et moyenne en sont rompues dans la gaine elle même intacte. Drainage et expectoration pendant trois jours. La fièvre survient et atteint 39°. Des phlyctènes naissent sur le membre qui se gangrène et prend une teinte lie de vie. Amputation et guérison.

Les nerfs médian et cubital sont infiltrés de sang et supprimés au point de vue fonctionnel. La réduction de la luxation avait été effectuée, mais non maintenue, car la seconde chute du malade avait tout déchiré et violemment écarté les surfaces articulaires. Aucune fracture.

M. Colle vient de voir une luxation ainsi réduite. Le coude avait été mis dans un appareil pendant huit jours. A ce moment, il est en flexion incomplète et on croit à une ankylose. Dix semaines après, une radiographie indique une luxation complète. Si, dans le cas de M. LAMBRET, on avait mis un appareil solide, aurait-on eu de la gangrène ? On devrait employer des appareils plus sérieux : aussi dans le cas de M. COLLE, la luxation est devenue irréductible.

M. Lambret répond que la non-réduction de la luxation ne peut suffire à expliquer cette gangrène, car de pareilles suites sont très rares.

#### Hystérectomie vaginale pour fibrome

M. Trampont présente un utérus enlevé par M. OUI : on en a fait l'ablation par le vagin pour un fibrome. Il s'agissait d'une femme de cinquante ans, ayant des règles fréquentes depuis quatre ou cinq ans. Elle avait été curettée l'an dernier pour métrite hémorrhagique. Le fibrome n'existait pas alors et son développement a dû être rapide. Il est gros comme les deux poings. La malade, opérée le 22 avril, est guérie.

#### Hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibromes multiples

M. OUI présente un utérus fibromateux enlevé par voie abdominale. C'est la voie à laquelle il donne la préférence et, dans le cas rapporté plus haut par M. TRAMPONT, il n'a pris la voie vaginale que parce qu'elle donne moins de choc et que la malade avait un mauvais état général.

**Apoplexie ovarienne**

M. Oul présente une pièce d'apoplexie ovarienne. La malade, qui avait des douleurs au niveau des annexes droites, présentait une métrite hémorrhagique traitée par le chlorure de zinc suivant la méthode de DELBET. D'extrêmes douleurs annexielles étant de nouveau survenues, on fit la laparotomie pour ablation des annexes malades. L'étiologie de l'apoplexie ovarienne est fort mal connue et le cas présent ne l'éclaire nullement.

**Ostéomyélite grave non suppurée à staphylocoques**

MM. Surmont et Colle font une communication sous ce titre (*est publiée dans le présent numéro*).

M. Lambret dit qu'il n'est pas démontré que le cas actuel soit identique à ceux que vient d'étudier LANNELONGUE. Si l'enfant était mort au quatrième ou cinquième jour, on aurait dit qu'il s'agissait d'une ostéomyélite ordinaire à staphylocoque pur, car le pus aurait eu le temps de se produire.

M. Colle répond que ce qui caractérise ces cas suraigus c'est justement que la suppuration n'a pas le temps de s'établir.

M. Charmell remarque que, lors de l'opération, on n'a pour ainsi dire pas constaté de lésion. Une parcelle osseuse prise en n'importe quel point du squelette et imbibée de sang aurait fourni des staphylocoques, car ces microbes étaient dans la circulation. Le diagnostic n'a été posé ici que sur une douleur localisée et c'est peu comme symptomatologie.

M. Colle. — L'ostéomyélite est une maladie générale avec localisation. Quand on veut la produire expérimentalement, on injecte des microbes dans la circulation. Dans ces cas suraigus, il n'y a effectivement qu'un seul signe, mais il est suffisant : c'est la douleur locale.

M. Surmont. — La douleur exquise en un point était caractéristique. La maladie avait débuté subitement et seule, la pression en un point, faisait sortir le malade de son état typhique. Comme on ne trouvait aucune lésion ailleurs, le diagnostic clinique était assuré. Il est bien certain que l'ostéomyélite est une septicémie, mais elle a une première grande manifestation sur les os. Du reste, l'éruption pustuleuse du sujet indiquait la septicémie et commandait un pronostic grave. L'intérêt du fait ici rapporté consiste dans la présence de staphylocoques à l'état de pureté.

M. Gaudier dit que la nouvelle communication de LANNELONGUE n'est qu'une réédition. Il y a longtemps qu'on opérait des ostéomyélites avec vive douleur locale et nullement suppurées. L'absence de pus est connue depuis longtemps. Il y a une quinzaine d'années, ce véritable typhus des membres était considéré comme une infection monomicrobienne, ce qu'on redécouvre actuellement.

**VARIÉTÉS &**

**Médecine et Police :  
instinct**

Une femme était en travesti, le Elle tendit les mains ; mais oubli l'homme, elle écarta en même tem sur sa jupe absente, le fruit qu'e vol ; car c'est là un mouveme que, dans le même cas, les hom les genoux. — Ce mouvement tr vateur de profession.

Aventure arrivée à Jules Fav une femme à la Grande Chartreux ce stratagème.

**MOTS DE**

NAIVETÉ D'ENFANT. — Un de : un accouchement, et au moment d petite fille qu'elle vient d'avoir un

— Un petit frère ! Oh que je su le sait ?

**NOUVELLES & I**

**Épidémie d**

Nous recevons la lettre suiva

Mon Cher Rédacteur en c

Le compte-rendu de la derni Médecine du Nord, paru dans dernier, donne des renseignem pour favoriser la vaccination e cher l'extension de l'épidémie ment à Lille.

Ces renseignements sont inc

Il résulte, en effet, d'une let BRAME, directeur de l'Office sani déjà indiquées :

1° L'Office sanitaire a fait p dans toutes les écoles ;

2° Le Bureau de Bienfaisanc la revaccination à tous ses assi

3° Outre des dispensaires ou un dispensaire est ouvert le din et demie à midi, à l'Asile de n

Il me reste à ajouter que le s dehors de toute organisation c encore des séances de vaccinat du soir, alternativement, à l Coopérative l'Union de Lille.

Enfin, des industriels en a vacciner le personnel de leurs soit par leur médecin attitré, leur a procuré l'Office sanitai vaccine.

Il est certain que, dans ces opérations vaccinales doit être soit le zèle des vaccinateurs, il



# L'ECHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT  
5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Gué**, de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **K**, l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lap**, de clinique ophtalmologique à Paris ; **hospitaux** ; **Manouvriez** (de Valenciennes), pendant de l'Académie de médecine ; **cipal**, agrégé du Val-de-Grâce ; **Ouf**, chargé d'un cours d'accouchements ; **S**, de pathologie interne et expérimentale ; **agrégé**, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, n ; **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la 1  
Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** : L'appendicite parasitaire, par le médecin principal **Moty**, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce. — **CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES** : Epilepsie, par le professeur **F. Combemale** et le docteur **L. Ingelrans**. — **INTÉRÊTS PROFESSIONNELS**. — **VARIÉTÉS ET ANECDOTES**. — **NOUVELLES ET INFORMATIONS**. — **BIBLIOGRAPHIE**. — **STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE**.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### L'appendicite parasitaire

par le Médecin principal **Moty**, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Il y a deux ans, je signalais (1) les incertitudes qui planent encore aujourd'hui sur les causes réelles de l'appendicite et je cherchais à montrer combien le pronostic devait en être réservé et combien il était difficile de préciser les indications opératoires en présence de ces incertitudes.

Depuis cette époque des faits intéressants sont survenus dans l'histoire de l'appendicite et les opinions outrancières ont cessé d'avoir cours ; l'un des plus importants de ces faits est la constatation du rôle des parasites intestinaux dans l'inflammation de l'appendice. Sans vouloir exagérer l'étendue du terrain conquis nous croyons pouvoir dire qu'il est maintenant permis de classer les appendicites en deux groupes :

1<sup>o</sup> Mécaniques, comprenant : les appendicites par

corps étrangers, les appendicites  
appendicites traumatiques.

2<sup>o</sup> En infectieuses, comprenant le  
intoxication ou auto-intoxication,  
diabétiques, tuberculeuses, grippales  
avant davantage : les appendicites  
appendicites infectieuses.

Au point de vue de l'ancienneté :  
gique, celle qui se faisait sur le cad  
par corps étranger se traduisait  
chiffres.

Mais au point de vue de l'anatomie  
actuelle, celle qui se fait sur le viv  
d'appendices enlevés à froid, il n'en  
la plus grande partie de ces append  
que des lésions assez peu accusées  
que le chirurgien puisse se demander  
était réellement indiquée. La prop  
dices à corps étrangers est douce et  
la tendance opératoire des chirurgiens  
à dire que la plupart des append  
très graves sont des appendicites c  
n'ose plus opérer ou que l'on opère

Les appendicites traumatiques  
parasitaires sont d'une gravité très  
nature du traumatisme et celle  
contusion grave peut être rapidement  
n'intervient pas, tandis qu'une  
devient le point de départ d'une app

(1) **Moty**, Traitement chirurgical de l'appendicite, *Echo Médical du Nord* 1905, p. 589.

pendice une fois  
on état normal.  
ide détermine le  
loge, tandis que  
richocéphales, par  
tes chroniques en  
ème catégorie.  
de mon sujet ; je  
uxième catégorie

on appendiculaire  
l'infection qui lui  
dire que l'appen-  
grave de toutes  
est presque fata-  
; mais les raisons  
inflammation sur  
n trouble définitif  
rition sont encore  
pourquoi l'appen-  
photde, et il faut  
rt des appendicites  
térieuse. Toutefois  
adie nous oblige à  
hogène spécial, et,  
giques fournis par  
montrent que la  
capable de déter-  
ffit à produire des  
admettre que la  
position de l'appen-  
osition paraissant  
l'être dans la circu-  
e cet organe, ainsi  
l'a dit à la Société

appendicites n'ont  
eur gravité ; tantôt  
sulter du sphacèle  
brusquement sans  
aire, on trouve en  
es rassurantes, un  
ciennete, de sorte  
ur la clinique, qu'il  
icites ou qu'elles  
ion. Il est presque  
formules absolues  
st que la nature a

pour la défense de l'organisme, des ressources admi-  
rables dans le déploiement desquelles nous la surpre-  
nons au cours de nos interventions ; enkystement d'un  
appendice spontanément amputé et oblitération du  
bout central, enkystement ou élimination d'un calcul,  
enkystement d'un foyer purulent, etc., etc., etc. Mais à  
côté de cette résistance quelquefois merveilleuse elle  
a d'inexplicables défaillances et jamais il n'est permis,  
jusqu'ici du moins, de pronostiquer la guérison défini-  
tive d'une appendicite sans intervention.

Telle est la position actuelle de la question. On  
conçoit donc tout l'intérêt que présenterait une  
classification certaine des appendicites avec signes  
pathognomoniques permettant leur diagnostic sur le  
vivant et par suite l'institution d'un traitement ration-  
nel correspondant à chaque groupe particulier ; c'est  
dans cet ordre d'idées que les premières communica-  
tions sur les appendicites parasitaires ont attiré  
l'attention du corps médical.

Nous verrons plus loin que cette conception n'est  
pas absolument réalisable mais avant de chercher une  
formule applicable à l'appendicite parasitaire, rassem-  
blons d'abord les quelques faits établissant son  
existence.

Voici en résumé les observations sur lesquelles  
reposait le mémoire que nous avons lu à l'Académie  
le 2 avril 1901, elles ont été recueillies à l'hôpital  
militaire de Lille :

**OBSERVATION I.** — G..., 19<sup>e</sup> chasseurs, cultivateur  
de profession, entré le 2 mars 1900 à l'hôpital militaire  
de Lille, souffre depuis cinq ans de douleurs dans le  
flanc droit avec troubles digestifs intermittents, ce qui  
ne l'a pas empêché de faire son service de cavalier  
depuis son incorporation. Les exercices violents  
aggravent son mal, il présente d'ailleurs tous les signes  
de l'appendicite chronique.

Le 6 mars chloroformisation, ouverture de l'abdo-  
men ; l'appendice long de 8 à 9 centimètres est replié  
sur lui-même en son milieu mais sans gonflement ni  
congestion ; son méso adhère sur toute son étendue ;  
ligature et libération du méso, écrasement et ligature  
double au catgut de la base de l'appendice ; deux  
adhérences épiploïques anciennes au cœcum sont  
respectées : réunion complète, suites simples, sorti  
le 8 avril.

L'appendice contient des oxyures vivants ; interrogé  
à ce point de vue le malade dit s'être aperçu, il y a  
quelques mois, de démangeaisons anales.

**OBSERVATION II.** — L..., soldat au 16<sup>e</sup> bataillon  
de chasseurs, à Lille, entré le 29 novembre 1900 pour  
appendicite. Appendicite datant de deux ans, poussée  
récente en voie de résolution, repos au lit.

Le 4 décembre, cocaïnisation ; incision iliaque droite, appendice replié en arrière et en dehors et fortement adhérent ; ligature double à l'embouchure cœcale, section au thermo-cautère ; dégagement de l'appendice et de son méso ; ligature et résection du méso ; ébouillantage rapide ; réunion avec petit drain.

Suites simples. Ablation du drain le 9 décembre, des sutures cutanées le 15.

Sort le 27 décembre par congé de deux mois. L'appendice gros et court contient cinq oxyures vivants ; la muqueuse très épaissie présente de nombreuses ulcérations dont deux centrales avec menaces de sphacèle ; méso épaissi avec noyaux rouges inflammatoires ; aucune autre cause apparente d'appendicite. Interrogé à ce point de vue, le malade, né à Marquise (Pas-de-Calais), déclare ressentir depuis plus de deux ans des démangeaisons anales ; il croit que ses deux frères sont atteints d'oxyures.

OBSERVATION III. — O..., soldat au 151<sup>e</sup> d'infanterie (Verdun), originaire de Quesnoy-sur-Deûle (Nord), entre le 14 septembre 1900 à l'hôpital militaire de Lille ; il a été pris brusquement, le 21 juillet, d'appendicite aiguë rapidement refroidie. Le 18 septembre, chloroformisation ; incision iliaque droite : l'appendice complètement libre se présente au niveau de l'incision ; écrasement et ligature double au catgut suivant le procédé habituel ; réunion totale ; suites simples. Sort le 21 octobre.

L'appendice présente une muqueuse légèrement épaissie avec petits ulcères superficiels, il contient 2 oxyures, bien que le malade ne se soit jamais aperçu de la présence de parasites dans son intestin.

Voici deux autres observations d'appendicite avec oxyures sans vérification de la présence de parasites dans l'appendice.

OBSERVATION IV. — S..., préposé des Douanes à Halluin, entre le 24 juin 1900, porteur d'un volumineux abcès appendiculaire et atteint d'accidents d'appendicite depuis un an. Cocaïnisation et ouverture immédiate de l'abcès par une incision verticale, au niveau du sommet de la crête iliaque ; gros drain. Le 2 juillet la suppuration est à peu près tarie ; le 8, poussée fébrile, pleurésie droite étendue, qui se résout heureusement ; sorti le 2 août ; il reste un noyau d'induration profond au niveau du siège de l'appendice.

Suivant notre conseil le malade rentre le 28 août ; il conserve quelques douleurs lancinantes dans la fosse iliaque, mais l'induration a disparu.

Le 7 septembre, cocaïnisation locale, ouverture de l'abdomen, libération d'adhérences multiples du cœcum et d'un feuillet épiploïque qui le recouvre ; résection d'un paquet épiploïque induré, découverte du fond du cœcum et de l'appendice totalement adhérent qui plonge droit en arrière en dehors de l'iliaque primitive ; libération, écrasement, ligature et résection au thermo-cautère de l'appendice et de son méso ; ébouillantage rapide au tampon ; gros drain, réunion.

Ablation du drain le 11 septembre, des fils le 18 septembre, réunion complète.

Sort le 5 octobre ; a repris son service à Roubaix.

L'appendice ne contient pas de corps étrangers, mais sa muqueuse est enflammée ; après son opération le malade s'est plaint de rendre des oxyures et de ressentir, depuis deux ou trois ans, des démangeaisons anales auxquelles il n'a pas attaché d'importance. Il a pris une dose de calomel avant de quitter l'hôpital ; mais en octobre, il a continué à souffrir de leur présence ; le docteur PIESCHON, son médecin, ayant bien voulu me demander mon avis, je lui ai indiqué la cause du mal dont il a rapidement débarrassé son patient. Celui-ci m'écrivit au 1<sup>er</sup> janvier qu'il est en parfait état de santé.

OBSERVATION V. — Il s'agit d'un jeune garçon de 10 ans, de mes parents, qui est pris brusquement, en dînant chez sa tante en 1898, de coliques appendiculaires. Je l'immobilise et j'observe ; la résolution se fait rapidement sans laisser trace d'induration dans la fosse iliaque ; il prend du sous-nitrate de bismuth pendant un an environ et de temps à autre une dose de calomel pour se débarrasser d'oxyures tenaces. Depuis 1899 il a cessé tout traitement et paraît être parfaitement guéri.

Si l'on tient compte du fait publié par GILY-GUINARD (20 novembre 1901) et de la discussion qui s'en suivit à la Société de chirurgie et du mémoire de METCHNIKOFF à l'Académie de médecine, il est difficile d'accepter l'opinion de GUIART (Société de Biologie, 16 mars 1901) qui n'accorde aucune valeur à la présence de trichocéphales dans l'appendice.

Je rappellerai que l'*Écho médical du Nord* a publié, il y a peu de temps, une observation de sphacèle de l'appendice par pénétration d'un lombric ; cette dernière catégorie de faits doit être mise à part et considérée comme peu nombreuse et extrêmement grave, parce qu'il s'agit d'un gros parasite amenant comme les gros corps étrangers une inflammation suraiguë avec étranglement et sphacèle de l'appendice ; mais les deux autres ne sont pas des raretés et deviendront certainement très riches en faits, le jour où l'on examinera peu de temps après leur ablation et sans les plonger dans aucun liquide, le contenu des appendices enlevés. Sans insister longuement sur la question des trichocéphales dont METCHNIKOFF poursuit l'étude, je crois pouvoir conclure de sa communication et de la mienne, que les parasites endémiques dans certaines régions : l'oxyure dans le Nord, le trichocéphale à Paris, jouent un rôle notable dans la fréquence croissante des appendicites. L'irritation prolongée d'une muqueuse susceptible par un parasite minuscule, suffit à expliquer l'inflammation de l'appendice et je crois qu'il n'y a pas lieu de discuter longuement

par avance la justesse de cette opinion, car la parole est aux faits et il est prudent d'attendre que leur nombre devienne plus considérable. Pour moi qui ai rencontré trois fois des oxyures dans les cinq derniers appendices que j'ai enlevés à Lille, l'influence de ces agents n'est pas douteuse, mais c'est une opinion contestable ; il est permis de considérer la présence des oxyures dans l'appendice comme une simple coïncidence ; et cependant en, faisant la part large, je ne pense pas avoir eu affaire à des malades atteints d'oxyures dans plus d'un cas sur cinquante au maximum ; il faut donc pousser loin la prudence pour refuser d'admettre que la constatation d'oxyures dans trois cas sur cinq ne soit pas l'effet d'un pur hasard. Il en serait de même pour la série de KIRMISSON qui trouve des œufs de trichocéphales dix-huit fois sur vingt-deux cas d'appendicite.

J'a dit et je répète que cette proportion de 3 sur 5 était manifestement trop élevée, mais j'ai dit aussi et je pense toujours que bon nombre de cas échappent au chirurgien, soit parce qu'ils lavent l'appendice dans l'eau pure, soit parce qu'ils ne l'ouvraient pas immédiatement. Ayant enlevé avec soin les cinq oxyures de mon dernier appendice réséqué à Lille, je les mis dans un flacon d'eau froide sur mon bureau et une heure après ils étaient méconnaissables, quand je les recherchais dans l'après-midi je ne pus les retrouver. M. METCHNIKOFF m'a montré qu'ils s'étaient au contraire parfaitement conservés dans un flacon d'eau thymolée contenant le premier appendice à oxyures de ma petite série.

Quelle que soit la défiance avec laquelle l'idée de l'appendicite parasitaire doit être accueillie, le nombre de faits publiés est cependant suffisant déjà pour rendre nécessaire la recherche des œufs de parasite dans les cas chroniques, surtout chez l'enfant. En cas d'oxyures on sera le plus souvent renseigné par les patients dont il suffira de vérifier les dires pour s'épargner une recherche plus délicate. Mais il n'en va pas de même avec les trichocéphales généralement ignorés des patients. Voici donc quelques données pour ce genre de recherches : Enlever avec le fil de platine ou une pointe quelconque une parcelle de matières fécales, les mucosités de préférence quand il y en a ; l'étaler sur la lame de verre, la dissocier avec une petite goutte d'eau et la recouvrir d'une lamelle.

Les œufs d'oxyures ont la forme d'un ovale allongé

un peu déformé du côté de sa grosse extrémité (ils éclosent en 6 heures à + 37° d'après HALLER), ils ont environ 0<sup>mm</sup>4 de grand diamètre.

Les œufs de trichocéphales sont d'une parfaite régularité, leur forme est celle d'une ellipse à grand diamètre double du petit.

On distingue facilement les oxyures des trichocéphales, parce que les premiers sont plus petits (femelles 1 centimètre, mâles 1/3 de centimètre) et que leur corps est mou ; les seconds ont le corps ferme deux fois plus gros que les oxyures et portent un long filament antérieur flexible qui traîne dans les mucosités et à l'extrémité duquel se trouve la tête ; on trouve cependant, comme le faisait remarquer M. GUINARD, de jeunes trichocéphales si fins qu'on a une certaine peine à les voir et que l'on confondrait facilement avec une fibre végétale.

Je n'ai rencontré jusqu'ici le trichocéphale chez aucun des militaires de la garnison de Paris que j'ai eu à traiter pour appendicite ; mais ce fait était à prévoir, car ces malades originaires de la province sont soumis depuis peu de temps à l'influence du milieu parisien, au moment où ils viennent en observation : l'appendicite calculeuse et l'appendicite de cause indéterminée sont la règle chez eux.

*Pronostic et traitement.* — Il n'y a aucun rapport constant entre la gravité d'une appendicite et sa cause et de ce qu'on est en présence d'une appendicite parasitaire, on n'est pas en droit de conclure que la maladie est bénigne et qu'en chassant les oxyures on la guérira.

L'appendice est un organe extrêmement susceptible, la lecture des observations ci-dessus montre (observation IV notamment), que la première attaque sérieuse d'une appendicite parasitaire peut être très grave et il est vraisemblable qu'un appendice enflammé chroniquement, déformé, rétréci ou dilaté, ne peut pas revenir à l'état normal et constitue par suite une menace permanente pour celui qui en est porteur, même s'il est définitivement débarrassé des parasites, cause originelle de son mal.

Par contre, si l'on reconnaissait la présence d'oxyures dans un cas bénin, comme notre observation V, le pronostic serait amélioré ; et en conséquence, toutes les fois qu'on n'aura pas senti de noyaux d'induration dans la fosse iliaque à la suite de la crise, et qu'on n'y provoquera plus de douleurs par la pression on pourra tenter le traitement médical pur surtout chez

les enfants en avisant les familles des réserves qu'il y a lieu de faire pour l'avenir.

Ce traitement devra remplir deux indications : chasser les parasites et ramener l'appendice à l'état normal. Les agents s'adressant à la première sont très nombreux et il serait trop long de les passer en revue ici ; je me bornerai donc à rappeler que METCHNIKOFF recommande contre le trichocéphale le thymol à la dose de 4 grammes en cachets. En ce qui concerne la seconde, les purgatifs sont considérés comme favorables ; il est bon de n'en pas abuser et de ne pas dépasser une ou deux doses d'eaux laxatives par mois ; j'emploie systématiquement le bismuth sous forme de sous-nitrate en suspension dans un verre d'eau sucrée, absorbé par petites gorgées dans le cours d'une journée à la dose de 2 à 4 grammes, et je prolonge pendant plusieurs mois ce traitement qui amène vite, comme j'ai pu le constater sur moi-même, la sédation des spasmes intestinaux et la décongestion des muqueuses intestinales.

*Conclusions.* — I. — Le parasitisme intestinal est fréquent chez les malades atteints d'appendicite, et le nombre des faits où la présence de trichocéphales ou d'oxyures a été constatée directement dans l'appendice est déjà suffisant pour ébranler l'hypothèse de pure coïncidence.

II. — Les appendicites parasitaires présentent les mêmes caractères que les autres et ne se diagnostiquent que par la présence des parasites ou de leurs œufs dans l'appendice ou dans les selles.

III. — La gravité des appendicites parasitaires aiguës ou les altérations irrémédiables qu'elles ont amenées dans l'appendice nécessitent souvent l'intervention ; les cas légers surtout chez l'enfant sont justiciables d'un essai de traitement médical.

IV. — L'appendicite parasitaire semble former des foyers régionaux limités. Le trichocéphale domine à Paris, l'oxyure dans le Nord. Il est possible que les autres parasites jouent le même rôle dans d'autres contrées. Les villes paraissent plus touchées ; peut-être le système des vidanges est-il en rapport avec cette recrudescence de parasitisme. Toutes ces questions méritent de fixer l'attention des chirurgiens et des hygiénistes.

## Consultations Médico-Chirurgicales

### Epilepsie

Professeur F. COMBEMALE et Docteur L. JINGELRANS.

#### I. *Epilepsie vulgaire.*

*INFORMATIONS CLINIQUES.* — 1° Un adulte, le teint blafard, le regard terne, ébauche un geste subit de défense, en pleine rue, là où il se trouve, pâlit, jette un long cri d'horreur et tombe sans connaissance, enraidit de tous ses muscles, le pouce dans la main, les mâchoires serrées, la respiration suspendue ; le malade devient vite violacé : Puis, graduellement croissantes d'envergure, des secousses musculaires, des convulsions cloniques surviennent qui agitent tout le corps, projetant la tête et les membres en tout sens, faisant grimacer la face, amenant l'expulsion de l'urine et des matières fécales, causant le grincement des dents, les morsures de la langue, la projection d'une salive mousseuse et sanguinolente. Enfin, les secousses amoindries et moins rapides, un coma plus ou moins marqué accompagné de stertor survient pour quelques minutes ou une heure, au sortir duquel le malade, hébété, répare inconscient le désordre de sa toilette et ne se souvient de rien. C'est là le *grand accès d'épilepsie*.

2° Ce même sujet, quelques jours plus tard, au milieu de ses occupations, sera encore précipité à terre, enraidit pour quelques secondes, mais sans convulsions et sans stertor. Un autre moment, immobilisé et les yeux fixes, il interrompra son travail ; puis il se remettra à l'ouvrage, inconscient de l'arrêt que ses voisins ont surpris et noté. Ce sont là le *vertige épileptique* et l'*absence épileptique* ou petit mal.

3° Sujette ou non à ces accès qualifiés, une personne, obéissant à une impulsion irrésistible, se met subitement à courir, renversant tout sur son passage et s'arrête étonnée de se voir là où elle est ; ou bien, prise d'un délire subit, elle brise, frappe, blesse ou tue, sans garder le souvenir de ces actes délictueux. Exemples d'*équivalents épileptiques*.

4° Un enfant, arriéré ou d'intelligence très ordinaire, se réveillera le matin, brisé, mal en train, après avoir pissé au lit, l'oreiller taché de bave sanguinolente ; la répétition fréquente ou groupée des mêmes symptômes forcera le diagnostic d'*attaque d'épilepsie nocturne*.

5° Un homme arrivé à la quarantaine, buveur, peut-être syphilitique, d'apparence congestive, qui tremble des mains et perd la mémoire, dont la langue fourche assez souvent, dont le caractère, les habitudes, les sentiments ont changé, sans motifs, qui, un beau jour, en colère, crie, gesticule, puis s'écroule comme une masse dans une grande attaque d'épilepsie, est un paralytique général au début, qui entre dans sa maladie par une *attaque épileptiforme*. Cet autre est un



d'épilepsie alcoolique ; rive à l'urémie par des ème, un auto-intoxiqué elle se transforme en

attaques sont rares ou l'occasion d'excès de , aux approches de la otions vives, elles se viennent subintrantes. ur, deux jours et plus, vers le collapsus final.

**QUES ET CLINI-**  
auto-intoxication gravi-  
l'absinthique, celles de  
gnation alcoolique, de  
commande celles du  
symptomatique d'une  
tion majeure est donc  
xications, d'enrayer la

le, elle aussi sans nul  
cause nous en échappe  
ne du moins ; car, c'est  
me des grands alcoo-  
es idiopathiques qui.  
s premières crises de  
dix-huit ans ; car c'est  
de stigmates de dégé-  
ciale, synostoses, dents  
ement, voûte palatine  
rébrale, les plaies des  
le, du nez, de l'utérus,  
occasionnelles détermi-  
à proprement parler.

cès convulsifs ont leur  
le, et peuvent (Féré) se  
tes les conditions qui  
gère une faiblesse irri-  
ndications de l'attaque  
de celles de l'épilepsie

a cause occasionnelle.  
s à la modifier en la  
à combattre les accès.  
opathique, cas le plus  
er pour le présent et  
l'excitabilité cérébrale

attaque comporte un

ensemble de moyens palliatifs, toujours les mêmes que nous indiquons d'abord. Dans ces cas aussi, la cause profonde première, étant inconnue ou connue, c'est à l'hygiène de réparer, dans la mesure du possible, le vice physiologique hérité.

**TRAITEMENT. — A. PENDANT L'ATTAQUE.** — Il est illusoire d'essayer, avant l'attaque, quand commence l'aura, de juguler la crise. Même, quand elle dure un temps appréciable, tout sera inutile. Tel malade se serra avec force l'avant-bras, se comprimer la main et les doigts, tel autre courra, criera, avalera une boisson froide. Outre que l'épilepsie vraie, petite ou grande, ne laisse pas le temps d'exécuter ces mouvements volontaires, elle ne se laisse pas enrayer par ces moyens.

Le médecin, même présent, ne peut pas davantage. La piqure de morphine, pratiquée à ce moment, est sans action sur l'évolution de l'attaque ; de même, la compression des carotides, l'inhalation d'ammoniaque, le sinapisme, etc.

Quand l'attaque est commencée, le rôle du médecin ou de l'infirmier est tout tracé. On a empêché, si possible, le malade de se blesser en tombant, on le garera des traumatismes pendant les convulsions. Tâcher de le maintenir sur le dos, sans toutefois chercher à l'immobiliser, ou bien, suivant les circonstances, le coucher sur un matelas, lui glisser un oreiller sous la tête et sous les bras, dans le but d'éviter l'asphyxie, les blessures au visage ou à l'occiput. Il sera plus chanceux de parvenir à placer entre les mâchoires du liège ou un coin de bois, afin d'empêcher les morsures de la langue. Ce qui est plus facile, c'est de mettre le patient à l'aise en ouvrant son gilet, en desserrant son cou et en écartant la foule amassée autour de lui.

S'il s'agit d'épileptiques qui ont des attaques à répétition ou qui tombent de leur lit pendant le sommeil, leur couchette sera capitonnée des quatre côtés, très basse, et tout sera modifié de façon à atténuer la gravité des chutes. Les tractions rythmées de la langue peuvent être d'un utile secours dans telle attaque donnée ; mais, **avant tout, le comitial veut être surveillé**, au cours de chacune de ses attaques.

**B. ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIQUE ; ATTAQUES SUBINTRANTES.** — Dans le cas d'attaques rapprochées, multipliées ou subintrantes, comme lorsque, « un épileptique liquide son arriéré », dès la deuxième attaque, le malade doit être transporté dans son lit, à l'abri de toute excitation, déshabillé et surveillé. La gravité de l'état est en rapport avec le nombre des attaques et la mort peut survenir par épuisement, avec l'hyperthermie qu'on observe chez les animaux forcés à la course. Aussi, l'indication première est-elle dès l'abord de pourvoir à soutenir la résistance du sujet par l'alimentation : on s'ingéniera à faire accepter par l'estomac ou le rectum du lait, des œufs, des peptones.

et autres aliments du même genre, n'ayant recours à la sonde que si le malade refuse, et encore ne faisant le cathétérisme qu'après avoir anesthésié le pharynx, à la cocaïne par exemple.

De concert avec cette indication primordiale, marchera la médication sédative. Il faut coûte que coûte calmer ce système nerveux surexcité. C'est le **bromure** qu'on administrera à très hautes doses, auquel on adjoindra utilement le chloral. La voie rectale sera préférée.

Bromure de potassium . . . . .	5 grammes
Chloral . . . . .	5 " "
Eau . . . . .	50 " "

dans un verre de lait additionné d'un jaune d'œuf ;

ces lavements de chloral bromuré répétés, doublés s'ils sont rejetés rapidement, auront souvent des résultats heureux, surtout si l'on fait en outre quelques injections de morphine.

Lorsque les attaques deviennent moins rapprochées, quelques précautions sont à prendre : les attaques pourraient être déchainées à nouveau par la moindre excitation sensorielle, comme dans le tétanos ; aussi le **calme absolu ambiant** s'impose-t-il, en même temps que les sédatifs sont continués quelques jours encore.

Comme des impulsions dangereuses pour le malade et pour son entourage peuvent surgir, la **contention** par la camisole de force est une ultime ressource, à laquelle il ne convient d'avoir recours qu'à la condition d'exercer une surveillance attentive auprès de l'épileptique ainsi maintenu.

Les **bains prolongés** pendant deux et trois heures sont aussi de mise.

L'**internement** doit être discuté à la suite d'un paroxysme semblable, car il peut se reproduire, et les actes de violence ou les tentatives de suicide sont à craindre.

**C. INTERVALLE DES ATTAQUES. — I. TRAITEMENT PRÉVENTIF CAUSAL.** — L'éclampsie proprement dite, les attaques épileptiformes de l'urémique, du paralytique général ou de l'alcoolique, qu'elles soient isolées ou groupées, outre le traitement de l'attaque, appellent ultérieurement une thérapeutique préventive, qui ressortit aux indications pathogéniques spéciales à ces causes. Aussi nous n'insistons pas sur la saignée, la révulsion, la désintoxication qui conviennent dans ces cas.

Mais le traitement étiologique de l'épilepsie ou des retours des attaques s'applique à toutes les épilepsies. Il ne faut négliger chez l'épileptique aucune des altérations morbides qu'a fait constater l'examen et l'interrogatoire : l'uricémie, la glycosurie, le diabète exigent qu'on institue une thérapeutique appropriée. Ces dyscrasies une fois améliorées, le système nerveux central sera moins susceptible vis-à-vis des causes occasionnelles.

α) Chez l'épileptique artério-scléreux, les modifications circulatoires qui surviennent par brusques oscillations dans le domaine cérébral, commandent l'**iodure de potassium** de façon à peu près permanente.

β) Chez le dyspeptique, le dilaté avec stase, chez le constipé habituel l'auto-intoxication toujours imminente sous sa forme aiguë, sera prévenue, surveillée par le régime alimentaire sévère, par l'**antisepsie intestinale**, à l'aide de purgatifs, du salol, du naphthol, etc.

γ) Chez les hémorroïdaires et les pléthoriques de la terminologie ancienne, la **saignée** locale ou générale ne devra pas être ignorée ou repoussée.

Chez tous ces malades l'épilepsie ne se trouve pas avoir nécessairement et uniquement sa seule raison d'être ; elle y rencontre surtout l'occasion de se manifester par attaque ; c'est pourquoi, traiter ces états morbides c'est tenir la soupape de sûreté en main.

δ) S'il se trouvait un épileptique non pas paludéen, mais dont l'épilepsie eut des rapports certains avec le paludisme, le **sulfate de quinine** ferait merveille.

ε) Le traitement antisyphilitique ne serait pas moins efficace chez l'épileptique parvenu à la période secondaire sans lésions cérébrales par conséquent, ou en plein tertiérisme ; des altérations localisées du cerveau sont très capables de donner des épilepsies généralisées ; l'intervention devrait être alors très énergique par les frictions mercurielles ou les injections d'**huile grise**, comme pour toutes les grandes manifestations de l'infection spécifique.

ζ) Quant un traumatisme crânien, dépressions, enfoncements, hémorragie méningée, est relevé à l'origine des attaques d'épilepsie, même quand la simple commotion cérébrale est incriminée, on se souviendra que le chirurgien peut, en supprimant une épine irritative, guérir la maladie qu'elle déterminait ; l'épilepsie jacksonienne est cependant plus fréquemment observée dans ce cas.

η) Contre les épilepsies par congestion cérébrale, il ne faut tenter la **sympathectomie** que dans le cas d'accidents d'une réelle gravité, et en désespoir de cause en quelque sorte. On ne doit pas ignorer qu'on risque d'aggraver encore la situation du patient. Beaucoup plus simple et parfois efficace est le moyen qui, pour le même but, consiste à appliquer, trois fois par semaine, des **pointes de feu** sur la région du crâne qui recouvre les centres moteurs, siège de la décharge.

θ) Si, enfin, l'helminthiase intestinale peut être mise en cause, et on n'oubliera pas chez l'enfant de s'occuper de cette étiologie avant toute autre, les **anthelminthiques** prendront la valeur d'une médication pathogénique et seront suivis de résultats excellents.

**II. TRAITEMENT DE L'EXCITABILITÉ EXAGÉRÉE DU CERVEAU.** — Exercer une action sédative permanente sur des centres nerveux en état d'hyperexcitabilité est, à proprement parler, le véritable traitement général de l'épilepsie.

**Bromures.** — Parmi tous les médicaments utilisés dans ce but, les bromures sont les meilleurs ; et parmi les bromures, le bromure de potassium tient le premier rang.

it	Bromure de potassium... ..	30 gr.
it	Bromure de strontium.....	{ 25 gr.
li-	Bromure de sodium... ..	
O-	Eau distillée bouillie .....	500 gr.

une cuillère à café contient deux grammes de bromure

La **bromipine**, combinaison organique de brome et d'huile de sésame, en molécule organique par conséquent analogue à ce qu'est le cacodylate par rapport à l'arsenic, entrée depuis peu dans la thérapeutique sous de favorables auspices, se donne, en capsules aux doses de 15 à 30 grammes par jour, avec les mêmes bons effets que le bromure.

**Bromisme.** — Malgré toutes les précautions imaginées, même en supprimant le sel marin de l'alimentation dans le but de retarder les accidents d'intoxication, le bromisme finit tôt ou tard par se montrer. La forme aiguë, c'est-à-dire l'ivresse, la stupeur, ne se voient que rarement. Mais le bromisme chronique, constitué par de la pâleur, l'amaigrissement, l'hébétude, la digestion mauvaise, la fétidité de l'haleine, un peu de fièvre concomitante, du catarrhe bronchique, des manifestations cutanées, l'acné en tête, est au contraire fréquent.

**Entretenir la diurèse, est le grand moyen de prévenir cette intoxication**; pour ce, le lait et les boissons abondantes sont de rigueur chez l'épileptique en traitement. Quelques purgatifs sont aussi chez eux nécessaires : l'administration intermittente, mais fréquente, de salicylate de bismuth ou de benzonaphtol ne sera pas négligée, non plus qu'une minutieuse propreté de la peau : bains savonneux et antiseptiques, bains tièdes, non plus que l'antisepsie buccale pour éviter la carie dentaire et la fétidité de l'haleine.

**Variantes de la bromuration.** — Une variante du traitement par le bromure, non recommandable du reste, est le traitement dit de Flechsig, qui consiste à supprimer le bromure pendant un temps pour le remplacer par l'opium. Ce dernier est donné à doses croissantes jusqu'à un gramme et plus pendant quarante jours; puis on revient au bromure à la dose de huit grammes pendant soixante jours, et on descend ensuite à deux grammes.

**Succédanés des bromures.** — Les succédanés des bromures sont légion. Aux petits épileptiques, ceux qui ont surtout des vertiges et des absences, convient mieux la **belladone**, dont on donne, pour commencer, quatre centigrammes d'extrait en pilules, et dont un peu à la fois, on augmente les doses jusqu'à atteindre dix centigrammes, sans nul accident du reste; sous cette influence, non seulement les accès diminuent de nombre, mais l'intelligence s'améliore et l'abrutissement s'efface.

L'**oxyde de zinc** est parmi les moins délaissés. Si on y a recours, six centigrammes au début, pour atteindre un gramme et plus seront les doses de début et maxima.

Le **borax** n'est pas moins déprécié; dangereux pour le rein qui n'est pas indemne de toute lésion, il sera repoussé comme d'effet nul.

Du reste, on se gardera de toutes les nouveautés. La vérité et la sécurité sont qu'il faut en rester au bromure de potassium. Avec une hygiène générale, très surveillée à tous les points de vue et qui ne s'écartera pas de celles qu'on prescrit à tous les malades du système nerveux, on réussira le plus souvent.

**D. HYGIÈNE DE L'ÉPILEPTIQUE.** — Variable dans le détail avec chaque cas, l'hygiène de l'épilepsie réside cependant dans les quelques points suivants : Vie active au grand air, travaux agricoles principalement. Pas de surmenage physique, psychique, sensoriel. Interdiction rigoureuse de tout excitant : boissons alcooliques, café, thé, tabac. Pas d'excès vénériens. Pas d'excès de table, pas de cuisine savante. Liberté du ventre.

Pour tous, les professions qui obligent à monter sur des lieux élevés, celles de peintre en bâtiments, de couvreur par exemple, qui forcent à vivre au milieu de machines en mouvement, seront défendues.

La question du mariage des épileptiques est importante à résoudre. En thèse générale, il faut le déconseiller, car les conséquences peuvent pour tous les intéressés, mari, femme et enfants, en être désastreuses.

## II. Épilepsie jacksonienne

**INFORMATIONS CLINIQUES.** — Un homme traumatisé du crâne depuis un temps plus ou moins long, un ancien syphilitique porteur ou non de paralysies permanentes ou de douleurs persistantes dans le domaine d'un nerf ou d'un plexus, présente à intervalles plus ou moins rapprochés soit une trémulation musculaire dans une région très circonscrite, soit une douleur térébrante toujours située en un point constant, ou bien accuse une odeur de soufre subite, ou se plaint d'un état d'esprit indéfinissable. Peu après cette aura, le sujet perd connaissance et l'attaque d'épilepsie se déroule. Ou bien au contraire, conscient et présent, il assiste à son attaque, qui se présente toujours la même et dans le même ordre : débutant dans un groupe musculaire limité, l'enraidissement auquel font suite les secousses gagne les groupes voisins et affecte un type facial, brachial ou crural, hémiplégique, paraplégique, monoplégique, suivant la localisation primordiale du spasme entraînant parfois la morsure de la langue, l'émission involontaire des urines. Une fois l'attaque terminée, qu'elle ait été consciente ou inconsciente, la paralysie ou les douleurs primitives sont aggravées.

**INDICATIONS PATHOGÉNIQUES.** — « L'épilepsie » jacksonienne semble reconnaître pour cause prochaine et exclusive l'irritation de la substance grise corticale de la « zone motrice » (Brissaud). Et le signal-symptôme, c'est-à-dire le groupe musculaire où débute l'excitation, indique la région précise où le cortex est irrité, si l'on se reporte à la localisation cérébrale correspondante. Cette opinion et la loi qui la ren-

force sont loin toutefois d'avoir une valeur absolue : néanmoins, Pitres et d'autres avec lui croient que, en plus des tumeurs et des lésions irritatives localisées de la substance cérébrale, les intoxications et les excitations périphériques réflexes sont susceptibles d'engendrer cette épilepsie.

Ces épilepsies partielles relevant d'empoisonnements divers, dépendant d'une cicatrice vicieuse cutanée, d'une inflammation chronique des oreilles ou des fosses nasales, etc., appellent d'ordinaire un traitement chirurgical, variable avec les causes occasionnelles, en même temps que, comme pour le mal comitial vulgaire, on vise l'excitabilité cérébrale.

Mais pour l'épilepsie jacksonienne, créée, entretenue par les corps étrangers du cerveau, les petits projectiles, les esquilles, les tumeurs, les exostoses, les hématomes, les collections purulentes, les plaques de sclérose, les gommes, les kystes parasitaires, les inflammations chroniques, dont l'indication capitale, unique même est de chercher à atteindre directement l'élément causal par les moyens chirurgicaux et médicaux, on négligera de remplir ou on ne remplira qu'accidentellement celle qui consiste à affaiblir les réactions cérébrales.

**TRAITEMENT.** — La thérapeutique de l'épilepsie jacksonienne s'adresse à l'attaque et intervient aussi dans l'intervalle des attaques.

**PENDANT L'ATTAQUE.** — Avec plus de chance de succès que dans l'épilepsie vulgaire, on pourra essayer d'enrayer l'attaque par la compression du membre au-dessus de l'aura ; chaque malade utilise du reste son petit moyen (compression manuelle, ressorts, nœuds coulants, bracelets, etc.), que l'expérience lui a suscité et montré efficace pour empêcher, retarder la généralisation, diminuer la propagation.

**ÉTAT DE MAL.** — Si l'état de mal s'établit, on agira comme dans l'état de mal des grands comitiaux, c'est-à-dire qu'on aura recours au **chloral** à hautes doses, et à tous les **antispasmodiques**.

**DANS L'INTERVALLE DES ATTAQUES.** — Le vrai traitement de l'épilepsie a lieu en ce moment.

**Traitement d'épreuve.** — Comme avant toute intervention, et par acquit de conscience, il faut songer à la syphilis, même si elle paraît improbable, c'est le traitement anti-syphilitique qu'on instituera dès l'abord dans presque tous les cas ; les résultats, pour inattendus qu'ils soient, peuvent être considérables. On serait mal venu à refuser au malade le bénéfice d'une thérapeutique souvent merveilleuse, puisqu'en cas d'erreur sur la nature du mal, le mercure et l'iode ne peuvent être nuisibles au sujet. Si au bout d'un mois, ni les attaques, ni le signal-symptôme ne sont améliorés, on doit suspendre, pour n'y plus revenir, cette thérapeutique d'épreuve.

Même si l'intervention chirurgicale est résolue pour supprimer une épine irritative corticale, de quelque nature

qu'on l'ait diagnostiquée ou soupçonnée, il faut tenter la méthode renouvelée des anciens, du **vésicatoire** appliqué au-dessus du siège de l'aura. Quand le signal-symptôme se produit aux membres supérieurs ou inférieurs, on devra placer autour du bras ou de la jambe un vésicatoire de quatre centimètres de hauteur. Quand la cicatrisation en sera complète, deuxième vésicatoire au-dessus du premier, puis d'autres encore, si c'est nécessaire. Pitres déclare que fréquemment ainsi, les accès deviennent rapidement plus légers et plus rares. La facilité de cette méthode permet de l'essayer dans toutes les circonstances.

On ne s'attardera pas à bromurer son malade : **les bromures sont rarement efficaces** dans cette forme jacksonienne de l'épilepsie.

**Trépanation.** — Des très nombreux cas rebelles à tout traitement médicamenteux, plus d'un est justiciable d'une intervention chirurgicale, d'une trépanation exploratrice. Avant que de la faire, étant donné que l'opération est grave par elle-même, et peut être suivie d'une aggravation permanente, on se souviendra qu'il n'y a pas lieu de la conseiller « dans les cas d'épilepsie partielle à accès rares, même si le traitement médical est complètement inefficace » (Pitres).

En revanche, si la répétition des crises menace les jours du malade, si les convulsions sont associées à de la céphalée, à de la névrite optique, à des paralysies, bref **s'il existe des signes d'une tumeur cérébrale progressive dans son évolution, il faut opérer**. Neuf fois sur dix, il est vrai, l'intervention sera inutile, car les tumeurs intra-crâniennes ne sont pas souvent opérables, mais la trépanation simple, exploratrice, semble diminuer la tension intra-crânienne et amende sans nul doute les crises assez souvent.

La trépanation une fois faite, suivant les méthodes classiques, le chirurgien s'il se trouve en présence d'une tumeur énucléable, d'un kyste, etc., s'efforcera d'en pratiquer l'ablation aussi complète que possible. S'il ne rencontre qu'une écorce d'apparence saine, il devra s'arrêter et attendre les résultats de cette trépanation exploratrice ou bien, comme le proposent quelques-uns, il excisera la région corticale répondant au signal-symptôme.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### Bébé élevé dans une Couveuse

Le Tribunal de la Seine vient, après plaidoeries de M<sup>e</sup> DROZ et de M<sup>e</sup> PIERRE, de statuer sur une affaire de bébé élevé dans une couveuse pendant vingt-cinq jours.

M<sup>lle</sup> de LAPORTE avait épousé, il y a quelques années, M. LESEURS. La jeune fille apportait en dot 50.000 francs. Le 1<sup>er</sup> janvier 1901, M<sup>me</sup> LESEURS est morte en donnant le jour à un bébé qui n'était conçu que depuis six mois et demi.

Le bébé a vécu vingt-cinq jours dans une couveuse et est mort le 25 janvier.

Une question s'est alors posée. Le bébé était-il né viable?

Si le bébé était non viable, M. de LAPORTE peut exercer son droit de retour sur les 50.000 francs qu'il a donnés en dot à sa fille. Si le bébé était né viable, il a hérité de sa mère et sa succession se partage en deux moitiés dont l'une appartient à M. LESEURS, représentant la branche paternelle, et l'autre à M. de LAPORTE, représentant la branche maternelle.

Le tribunal a, dans son jugement, autorisé M. de LAPORTE à prouver par témoins :

1<sup>o</sup> Que l'enfant est né après une gestation de six mois et demi ;

2<sup>o</sup> Qu'il pesait, lors de la naissance, un kilogramme deux cents grammes et que le poids est allé toujours en déclinant ;

3<sup>o</sup> Qu'il n'avait ni les ongles formés, ni la double enveloppe de la peau.

Il ne paraît pas hardi de supposer qu'au cas où M. de LAPORTE établirait catégoriquement la preuve des faits ci-dessus, M. de LAPORTE gagnerait son procès.

Ajoutons que c'est la première fois que la question se présente de savoir si un enfant qui a vécu vingt-cinq jours sans infirmités, sans vice constitutionnel autre que l'extrême faiblesse, peut être déclaré non viable.

Le tribunal ordonne, en outre, d'office, une expertise dont sont chargés MM. les docteurs BUDIN, HIRTZ et VIBERT.

## VARIÉTÉS & ANECDOTES

### Il faut se défier des médicaments anciens et les rejeter

Ce conseil n'a rien qui puisse déplaire aux pharmaciens et il a plus d'importance qu'on ne serait tenté de le croire tout d'abord. Nous pourrions citer effectivement quelques cas où l'administration d'un vieux médicament a occasionné la mort. Il est clair que certains remèdes sont d'une fixité absolue et qu'ils ne se modifient pas à la longue ; mais il en est qui se transforment, perdent ou gagnent en énergie et les doses thérapeutiques peuvent devenir des doses toxiques. Nous faisons surtout allusion aux médicaments qui ont pour véhicules des teintures alcooliques avec de l'alcool soit à 60 degrés ou 90 degrés de concentration. En général, les teintures simples représentent le cinquième de leur poids de la substance active. Cependant, il y a exception pour la teinture d'iode (1 1/2), la teinture d'opium (1 1/2), l'alcool de camphre (1/9), etc. Ces proportions sont justes au moment de la préparation, mais elles ne le sont plus au bout d'un certain temps.

On sait bien que l'alcool est un liquide très volatil, en sorte

que si le flacon est bouché avec un liège, l'évaporation, quoique très lente, s'effectue à la longue et, au lieu d'avoir, par exemple, 1 de matière active pour 5 d'alcool, on peut bien n'avoir que 1 de matière active pour 1 d'alcool. Ce qui revient à dire que l'usage du médicament a quintuplé. En croyant prendre, par exemple, 12 gouttes de laudanum normal, on se trouve en absorber cinq fois plus, soit 60 gouttes. Et les accidents surviennent inévitablement et l'expérience prouve qu'ils peuvent même être mortels. Le cas est rare, mais enfin il existe. Une intoxication qui a failli amener la mort d'un malade est encore revenu tout récemment. Nous avons cité le laudanum, c'est-à-dire une teinture alcoolique d'opium. Mais il y en a bien d'autres : alcoolatures d'essences énergiques, alcoolés d'aconit de belladone, de bryone, de ciguë, de colchique, de digitale, de jusquiame, de tabac, de seigle ergoté, etc., tous principes actifs souvent puissants. On s'en sert par gouttes, et, un beau jour, l'activité des gouttes est triplée, quadruplée, etc. Et les conséquences se devinent.

Comme tout le monde n'est pas en état de savoir si un médicament peut devenir dangereux en vieillissant, le mieux est de condamner systématiquement tous les remèdes et briser toutes les fioles pharmaceutiques qui sont restées dans quelque coin d'armoire pendant plusieurs mois. Bref, il sera bon de rappeler qu'un certain nombre de médicaments s'améliorent, comme le vin, en vieillissant et deviennent beaucoup trop énergiques. Ils pèchent par l'abus de leurs qualités et un médicament trop concentré devient un véritable poison ; au lieu de faire du bien, il peut vous envoyer dans l'autre monde. C'est arrivé.

(*Journal de médecine*).

## Le papier naturel

L'industrie n'a cessé de scruter anxieusement autour d'elle ce qui pourrait bien être transformé en papier. Un novateur a même préconisé pour cette destination le crottin de cheval. Cet audacieux, nommé LOBARD, n'était pas un homme vulgaire ; il est mort directeur du Conservatoire des Arts et Métiers de Bruxelles. Il estimait que la paille et le foin avaient déjà subi une première trituration sous la dent et dans l'estomac des chevaux. « Le crottin, disait-il, est en grande abondance ; on peut obtenir de chaque cheval un kilo de papier par jour ; une seule caserne de cavalerie suffirait à la consommation du ministère de la guerre. Il est étonnant que l'on n'ait pas songé plutôt à cette matière première ; en effet, ce sont les choses qui vous crèvent les yeux que l'on aperçoit le plus difficilement. » Je ne pense pas que personne ait exploité l'idée de M. LOBARD, mais en 1864 une usine située aux portes de Paris et disposant de deux machines, fabriquait du carton et du papier avec le fumier des écuries impériales. Il est vrai que la litière des chevaux de Napoléon III était changée assez souvent pour que le papier qui la travaillait en pût tirer des marchandises estimables ; je me suis laissé dire que certains « bulles »

en paille demi-blanchie, qui sortaient appréciés pour envelopper la pâtisserie purifient tout.

Le fumier de cheval n'est pas le seul originaire ; une gazette étrangère me propose un projet de papier dont l'élément principal, lequel se compose uniquement de la pluie, de courtes fibres mal digérées dans le terreau des forêts vierges. L'extracteur, lessiveur et broyeur de papier, se vidant et se démontant facilement, est mobile et susceptible de s'installer partout, même dans les villages les plus reculés, pas cher, parce qu'il n'a rien de plus que d'avoir été dressé.

Depuis un demi-siècle, sur la surfi-  
tion du papier a décuplé. Elle était de  
1850 ; elle est de 2 milliards 260 mil-  
soit 6 millions 200,000 kilos par jour

*(Le Mécanisme de la vie moderne)*

## NOUVELLES & INF

## UNIVERSITÉ DE

**SOUTENANCE DE \***

**M. E. DECKMYN**, de Dunkerque  
succès, le lundi 5 mai, sa thèse de d  
intitulée : **Les plaies du diaphrag**

## Notre Carn

Le docteur C. VALLÉE, professeur de médecine, nous fait part de la naissance d'une fille, ELISABETH. Nous lui adressons nos félicitations et formons les meilleurs souhaits pour son avenir.

## UNIVERSITÉS DE F

**Amiens.** — M. le docteur PAUCHET, travaux de médecine opératoire à .

**Poitiers.** — M. le docteur POUCHET, professeur de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

*Reims.* — M. le docteur HENROT, médicale, est nommé directeur de dater du 27 avril 1902.

## HOPITAUX & HC

**Lyon.** — **M<sup>me</sup> RAMBAUD**, veuve d  
clinique médicale à l'Ecole de méd  
les Hospices civils légataires uni  
charge par ceux-ci d'affecter 200.0  
tion d'une chapelle au Perron.

## Nécrologi

Nous avons le regret d'annoncer  
de MM. les docteurs FILBOL, me

médecine; MOLLARD, de Fontaines-sur-Saône (Rhône); DEVOISINS, de Breteuil (Eure); RENSON, de Monthermé (Ardennes).

Le docteur MAES, d'Allouagne (Pas-de-Calais), élève et lauréat de notre Faculté, installé depuis quelques mois à peine, vient de succomber à une pleurésie purulente. Nous adressons à sa famille l'expression émue de nos sentiments de condoléance.

## BIBLIOGRAPHIE

**Les Oxydations de l'organisme**, par E. ENRIQUEZ, médecin des hôpitaux de Paris, et J.-A. SICARD, chef de clinique à la Faculté de médecine (*Actualités médicales*). 1 vol. in-16 de 90 pages, cartonné : 1 fr. 50. Librairie J.-B. Bailière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

L'étude des ferments solubles, bien qu'abordée il y a déjà un demi-siècle, est restée longtemps stationnaire, alors que celle des ferments organisés, des microbes, a subi sous l'influence de PASTEUR l'essor que l'on connaît. Mais, par un de ces retours dont l'histoire scientifique offre plus d'un exemple, ces recherches sur le mécanisme pathogénique des agents microbiens, en nous faisant connaître les toxines et leurs propriétés, nous ont montré les analogies remarquables qui existaient entre les produits de sécrétions microbiennes et les diastases, et de ce fait, les biologistes ont été ramenés de nouveau à l'étude attentive des ferments solubles.

D'autre part, les travaux réalisés par METCHNIKOFF et ses élèves sur les cytotoxines ont ouvert aux médecins une voie nouvelle qui permet de concevoir les plus belles espérances dans le domaine thérapeutique. De plus en plus l'orientation scientifique est dirigée vers l'étude des sécrétions cellulaires et des ferments solubles.

Parmi ces ferments solubles, il est un groupe, de découverte toute récente, dont l'importance est majeure : ce sont les ferments oxydants, ou oxydases.

Et le grand intérêt qui s'attache à rechercher la part de ces oxydases dans les phénomènes complexes de la vie normale de la cellule, autorise également à penser qu'un grand nombre d'états pathologiques, répondent eux aussi à des modifications ou à des perversions de ces ferments oxydants. On comprend dans ces conditions combien leur connaissance importe au médecin. C'est donc faire œuvre d'actualité médicale au premier chef que de réunir les connaissances acquises à ce sujet comme le font avec l'autorité que leur donne leurs nombreuses recherches personnelles MM. ENRIQUEZ et SICARD.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration. De 3 à 6 cuillerées à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.

D<sup>r</sup> Ferrand. — *Trait. de méd.*)

**RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX**  
**NEUROSINE PRUNIER**  
(Phospho-Glycerate de Chaux pur)

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

18<sup>e</sup> SEMAINE DU 27 AVRIL AU 3 MAI 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE		Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .		4	5
3 mois à un an . . . . .		6	4
1 an à 2 ans . . . . .		1	4
2 à 5 ans . . . . .		2	7
5 à 10 ans . . . . .		1	1
10 à 20 ans. . . . .		»	3
20 à 40 ans. . . . .		8	7
40 à 60 ans. . . . .		9	11
60 à 80 ans. . . . .		12	18
80 ans et au-dessus . . . . .		1	5
Total . . . . .		44	65

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS		NAISSANCES par quartier												
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS	TOTAL des DÉCÈS	8	10	18	10	27	13	7	3	4	12	1	6	108
	Autres causes de décès	3	9	21	4	13	23	13	3	7	11	3	3	44
	Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	2
	Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	3
	Phtisie pulmonaire	2	1	5	2	»	»	»	»	»	2	»	»	12
	Diarrhée et typhoïde	plus de 5 ans											»	»
		de 2 à 5 ans											»	»
		moins de 2 ans											»	7
	Maladies organiques du cœur	2	2	1	»	»	1	1	»	»	»	»	»	6
	Bronchite et pneumonie	1	»	2	2	»	»	1	1	»	»	»	»	7
	Apoplexie cérébrale	1	1	»	1	1	»	2	»	1	»	»	»	7
	Autres	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	3
	Coqueluche	»	1	1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	4
Grippe et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Rougeole	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	
Variole	»	7	1	4	»	»	»	1	»	»	»	»	12	

Repartition des décès par quartier	Total
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»
Moulins, 24,947 hab.	»
Wazemmes, 36,782 hab.	»
Vauban, 20,381 hab.	»
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»
Esquermes, 11,381 hab.	»
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»
Fives, 24,191 hab.	»
Canteleu, 2,836 hab.	»
Sud, 5,908 hab.	»
Total.	108

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oui**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux.  
**POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** : Rachitisme et lait stérilisé, par le docteur **E. Ausset**, professeur agrégé, chargé de cours à l'Université de Lille. — Scarlatine maligne et sinusites de la face au cours de la scarlatine, par le docteur **Trouchaud**, de Lille. — **INTÉRÊTS PROFESSIONNELS**. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Scarlatine maligne et sinusites de la face au cours de la scarlatine

Par le docteur **Trouchaud**, de Lille

Dans l'histoire clinique de la scarlatine, les auteurs ont relevé toute une série de modalités morbides dont quelques-unes sont groupées sous le nom de « scarlatines malignes ». La malignité est attribuée à des causes très diverses :

Virulence toute particulière de l'agent infectieux, terrain sur lequel évolue la maladie, associations microbiennes ; toutes ces raisons sont invoquées tour à tour pour expliquer l'apparition de phénomènes infectieux anormaux.

Je crois que, dans le diagnostic étiologique d'une forme anormale de la maladie, il faut introduire ou plutôt ne pas négliger un facteur important : l'état des sinus de la face parallèlement à celui des oreilles et des cavités annexes. Il ne faut pas oublier, que la scarlatine est, d'abord et avant tout, une angine infec-

tieuse, dont l'infection se propage très souvent à la muqueuse nasale. Elle peut envahir la cavité des sinus de la face, de même qu'elle peut infecter la trompe et l'oreille.

Nous avons eu l'occasion d'observer un fait très intéressant de sinusites multiples au cours d'une scarlatine.

Le sujet fut atteint, dès la seconde semaine, de rhinite purulente intense, qui se compliqua de pansinusite unilatérale, otite bilatérale, et mastoïdite unilatérale. Nous avons opposé à toutes ces complications le traitement chirurgical, et nous avons eu la bonne fortune de guérir notre malade.

Les phénomènes observés au cours de ces diverses complications, nous ont rappelé certains cas de scarlatine maligne. Il est bien certain que, en dehors de cette notion étiologique, notre diagnostic se serait infailliblement égaré sur une de ces formes de malignité, contre lesquelles nous ne faisons rien, parce que nous ne pouvons rien, ou à peu près.

Je crois donc devoir insister tout particulièrement sur l'existence, dans la scarlatine, de sinusites purulentes multiples justiciables du traitement chirurgical précoce.

**OBSERVATION.** — Jean S. . . , âgé de 12 ans, contracte la scarlatine en date du 25 Juin 1900. Le docteur **GOREZ** assiste à l'éclosion à grand fracas de l'affection. Température 40°2. Angine et éruption très marquées. La maladie évolue normalement pendant les jours suivants, toutefois le malade porte à la joue un élément



2 environ. L'antiseptique fut pratiquée avec l'iodoforme, les urines étaient riches en albumine. La maladie adénopathique du second septum nous confiait le

traitement d'une adénopathie de la grosse adérite nasale. Le nez très rouge, il fut prescrit à la fois à la gorge et du nez, d'abord, et je procédai demain la température avec le docteur Jousset. Immédiatement à ma demande du ganglion dans le point où l'issue d'une fistule était considérable que celle

de cette petite intervention du côté de la cavité nasale. On trouva des douleurs légères, des vomissements de l'œil et les étaient insuffisants.

Dans la soirée, il présentait un état de crise de douleur, au niveau orbitaire qui, était très rouge, très enflammé. La constatation de l'existence d'une fistule.

On, pour parfaire l'inspection de la cavité tout le côté droit, on manifesta le docteur Jousset une intervention et tenant sous le

la cavité pratiquée dans la cavité un liquide séro-sanguineux fut pratiquée l'abaissement de la bouche

du sinus frontal correspondant de GRÜNVALD. L'œil, dans sa moitié supérieure, elle permit de constater de la face interne du sinus frontal dans la cavité une destruction spontanée de la cavité à la curette, et de cette voie. Le sinus était trouvé rempli et désobstrué à la

curette, et un nouveau drain introduit dans le nez. Je laissai subsister un pont de tissu osseux entre la brèche ethmoïdale et la brèche nasale, de façon à éviter la déformation qui accompagne toujours la mise à nu complète de la paroi postérieure du sinus frontal, et l'effondrement de la paroi qui sépare le sinus des cavités ethmoïdales. La plaie ne fut pas réunie, et un gros pansement humide boricé enveloppa la tête du malade.

L'examen bactériologique du pus recueilli dans les sinus au cours de cette intervention, décéléra la présence du streptocoque. Le pus recueilli dans le nez nous donna du staphylocoque doré.

Nous avons recherché par la suite quelle était la raison anatomique de cette localisation aux sinus du seul côté droit, nous ne l'avons pas trouvée dans la conformation de la fosse nasale de ce côté, nous n'avons relevé aucun épéron, aucune déviation de la cloison. Nous exposerons plus loin notre manière d'expliquer ce fait.

À la suite de cette intervention, les phénomènes d'infection s'amendèrent. La température, qui atteignait 40°5 avant, tomba à 39° puis à 38°5 le lendemain. Le malade n'a pas éprouvé de douleurs aiguës. Le délire a cessé pour faire place à une dépression très marquée, il est somnolent, inconscient de ce qui se passe autour de lui. Nous enlevons le pansement, et nous trouvons notre plaie orbitaire et la plaie cervicale recouvertes de fausses membranes jaunâtres.

De grandes injections de sublimé furent faites dans les drains, le nez fut irrigué de la même façon, mais à l'eau boricée, en poussant l'injection de gauche à droite. Ces lavages provoquaient l'issue de véritables paquets de pus et de fausses membranes. Toutes les plaies étaient largement badigeonnées à la teinture d'iode fraîchement préparée, le nez était pansé à l'huile mentholée. Trois pansements aussi complets que celui que nous venons de décrire, furent pratiqués quotidiennement.

En dépit de cette antisepsie soignée, la température ne tarda à se relever. Le malade n'accusait plus aucune douleur, mais peu à peu par des oscillations progressivement ascendantes, nous revenions à notre point de départ, 40°5 vers le milieu de la nuit, 38°8-39° le matin. Pendant la journée nous maintenions très difficilement la température à l'aide de lotions froides et de bains froids. Des escarres de décubitus apparaissaient au siège, aux coudes, aux trochanters, à la face interne des genoux. Au point de vue local nous en étions toujours réduits à constater une production étonnante de pus et de fausses membranes dans toutes les cavités drainées. La paupière supérieure du côté droit s'était débarrassée de son œdème, le malade n'accusait plus aucune douleur, mais nous commençons à désespérer quand même du résultat. Rien du côté des urines.

Pendant la semaine qui suivit, la situation toujours sérieuse au point de vue des réactions thermiques, s'était pourtant amendée, et, certains jours, nous notions 38°6 le matin.

Le 15 juillet, la température remonta aux environs de 40°, le soir elle était de 40°5, le malade accusait des

douleurs intolérables dans les oreilles des deux côtés. A l'examen otoscopique, nous trouvons, du côté gauche, un tympan très rouge, très vascularisé; du côté droit, il présente un aspect framboisé, que nous attribuons à d'anciennes adhérences; la rougeur, la vascularisation sont identiques des deux côtés. Après cocaïnisation, nous avons pratiqué une large incision tympanique au lieu d'élection des deux côtés. Une certaine quantité de liquide séro-purulent s'écoula après l'ouverture. Le cathétérisme de la trompe, et l'insufflation d'air, provoqua, du côté gauche, l'issue d'une nouvelle quantité de pus; du côté droit, il ne donna même pas le bruit caractéristique du passage de l'air par une perforation. L'incision tympanique fut alors agrandie, le cathétérisme pratiqué à nouveau sans plus de résultat.

Le pansement habituel fut appliqué. Le malade passa la nuit dans un calme relatif, la détente nette ne se produisit pas, la température se maintint aux environs de 39°5.

Le 16 au matin, nous trouvons dans le pansement de l'oreille gauche une quantité assez considérable de pus, dans celui de l'oreille droite, à peu près rien.

La mastoïde de ce côté est très sensible à la pression au niveau de sa base, la température est toujours élevée. En présence de la nécessité d'intervenir de ce côté, nous prenons nos dispositions vis-à-vis de la famille pour opérer le lendemain et nous essayons toujours vainement le cathétérisme de la trompe. Le tympan présente toujours cet aspect framboisé déjà noté, il semble que la caisse soit divisée en une série de logettes purulentes, indépendantes les unes des autres, des adhérences anciennes paraissent être la cause de ce cloisonnement, l'amygdale tubaire enflammée augmentée de volume, paraît obstruer l'entrée de la trompe. Nous nous expliquons ainsi l'insuccès de notre cathétérisme. Du côté gauche, le cathétérisme produit l'effet habituel, l'issue d'une nouvelle quantité de pus.

Le 17, la situation s'est encore aggravée, la température atteint 40° et le malade accuse des douleurs horribles dans la mastoïde, nous intervenons.

Après anesthésie générale, et précautions habituelles d'asepsie et d'antisepsie, nous pratiquons :

1. — L'ouverture de l'antre suivant la technique habituelle, nous y trouvons du liquide séro-purulent.

2. — Nous enlevons toute la table externe de la mastoïde, et, au niveau de la pointe, nous trouvons une cellule remplie de pus très concret.

La plaie est laissée largement ouverte et drainée à la gaze, après désinfection au chlorure de zinc au 1/20.

Après cette intervention, nous avons obtenu une amélioration manifeste, la température est descendue à 38° avec oscillations vespérales à 39°. Huit jours plus tard, le malade retrouvait la température normale. Au point de vue local, nous devons insister tout particulièrement sur la quantité de pus et de fausses membranes trouvées dans toutes les cavités drainées sur toutes les parties opératoires. Le ganglion du cou, bien que largement ouvert, restait entouré d'une large zone de périadénite. Elle fut traitée par plusieurs contre-ouvertures. Nous avons été astreints, pendant

15 jours, à pratiquer souvent trois pansements, nous n'avons jamais pu nous dispenser d'en pratiquer au moins deux. Bien que la surface des plaies opératoires était à chaque pansement badigeonnée à la teinture d'iode, les fausses membranes se reproduisaient avec une ténacité et une abondance étonnantes. Le streptocoque fut trouvé dans ces membranes.

La guérison complète s'est effectuée en un mois, et le résultat éloigné, que nous avons pu apprécier ces temps derniers est le suivant.

1. — L'ouverture fronto-éthmoïdale par le procédé de Grunwald, légèrement modifié, par conservation d'un pont de tissu osseux, entre le massif éthmoïdal et le sinus frontal ne détermine aucune déformation de l'arcade sourcilière. La cicatrice est masquée par le sourcil. Le malade n'a nullement souffert de cette intervention, ni dans son appareil moteur oculaire, ni dans son appareil lacrymal.

2. — Au point de vue de l'ouïe, l'audition est normale du côté droit, c'est-à-dire au côté évidé. Du côté gauche, il y a une légère diminution de l'acuité auditive. La suppuration est complètement tarie des deux côtés.

Ce jeune homme a gardé, comme stigmate de cette maladie, de larges vergetures transversales au niveau de la face antérieure des deux cuisses.

Aucune des sinusites n'a évolué dans le sens de la chronicité, il est bien et définitivement guéri.

Pour résumer cette observation, et pour en tirer une conclusion, voici quelle fut la filiation des faits :

A la fin du second septenaire, en dépit de l'antiseptie nasale, pratiquée à l'aide du menthol, le malade a fait de la rhinite purulente, et, simultanément, une double adénopathie cervicale. Au moment où nous le voyons l'adénite gauche est en voie de régression, l'adénite droite en voie de suppuration. En raison des douleurs qu'il éprouve de ce côté le malade se tient la tête inclinée à droite quand il est debout et se courbe sur son côté droit. Il en résulte une stagnation de pus dans les sinus de ce même côté. Comme le malade est atteint de rhinite à fausses membranes, l'ouverture des sinus dans le nez se trouve bientôt obstruée, et les phénomènes de rétention se produisent. Le soir même du jour où le ganglion suppuré fut incisé, le pus qui s'était accumulé dans les cellules éthmoïdales faisait irruption dans l'orbite, après destruction de la mince paroi de l'os planum. Le diagnostic de rétention de pus dans tous les autres sinus devenait alors d'une probabilité telle, que l'examen diaphanoscopique devenait une superfluité. Il est de notion courante, en effet, que les sinusites, à point de départ nasal, sont presque toujours multiples. Il fut pratiqué quand même et donna un résultat positif pour le côté droit. L'intervention fut donc

omplètement que possible, par le  
par la marche du pus vers l'orbite,  
le procédé de GRÜNWARD. L'ouver-  
xillaire fut faite suivant le procédé  
et large résection osseuse dans la  
ouverture large dans le nez.  
es abstenu de réunir la plaie buccale,  
ise cet auteur, un gros drain fut  
e dans le nez, et il nous a permis  
arges irrigations qui s'imposèrent

de noter, dans une thèse encore  
des sinusites au cours de la rhinite  
do-membraneuse des scarlatineux.  
NÉE (Th. de Paris) relève 40 cas de  
ou pseudo-membraneuse, sur 1.500  
és à l'Hôpital temporaire d'Auber-  
0 cas, il signale 19 morts d'infection  
neumonie, soit une mortalité de  
ron un cas de mort sur deux. Il  
ce de la propagation de l'infection  
s en relation avec les fosses nasales,  
rais observé de sinusites frontale  
oue que je saisis mal cette distinc-  
usite et une infection des cavités  
Je crois que CHAUSSERIE-LAPRÉE  
lir une distinction entre un sinus  
s, mais ouvert, et un sinus infecté,  
jamais il n'a eu l'occasion d'obser-  
les signes manifestes d'une sinu-  
pus tend à se créer une issue à  
me demande si, dans les 50 % des  
s scarlatineuses qui aboutissent à  
l'infection générale ne réside pas  
insuffisant ou nul des sinusites  
évolution naturelle. Je crois que,  
prudent de suivre ces malades de  
ier quotidiennement l'état de réplé-  
de leurs sinus, à l'éclairage diapha-  
parallèlement à la température.  
l'indication opératoire. Il ne faut  
opérer, le signe qui crève les yeux,  
née dans l'orbite ou ailleurs, pour  
uer ces interventions aujourd'hui  
me exécution facile.

r des complications otitiques obser-  
? Cette complication s'est produite  
e traitement de l'infection rhino-

pharyngée par les grands lavages, dont la nécessité  
est indiscutable. D'ailleurs, les lavages avaient été  
pratiqués sous une très faible pression, et nous avons  
note, dans notre observation, qu'il nous fut impos-  
sible de pratiquer le cathétérisme de la trompe après  
l'incision du tympan. Cette oreille moyenne réalisait  
donc des conditions parfaites de « vase clos » en ce  
qui concerne la trompe. L'incision tympanique ne  
suffit pas à donner issue au pus, en raison de ce fait,  
que des adhérences anciennes semblaient avoir clo-  
sonne la caisse et que, l'ouverture classique demeu-  
rait insuffisante. Il fallait donc pratiquer directement  
l'ouverture de l'antre, ce que nous avons fait, et ce  
que nous conseillons de faire, avec autant de hâte,  
car il ne faut pas oublier que l'otite scarlatineuse est  
une de celles qui paient le plus gros tribut aux acci-  
dents infectieux graves d'abord, et à la surdité  
définitive ensuite, si l'intervention a été pratiquée  
tardivement, et si l'otite de la scarlatine a eu le temps  
d'exercer son influence funeste sur l'oreille interne.

#### Rachitisme et lait stérilisé (1)

par le docteur E. Ausset,

professeur agrégé, chargé de cours à l'Université de Lille.

La question, soulevée à la *Société de Pédiatrie*, des  
rapports qui peuvent exister entre l'allaitement au  
lait stérilisé et l'évolution du rachitisme présente un  
intérêt de tout premier ordre à un moment surtout  
où tous les pédiatres demandent avec insistance que  
les pouvoirs publics veuillent bien se préoccuper de la  
mortalité infantile arrivée à un chiffre véritablement  
effrayant. Quel va être l'état d'esprit de ceux auxquels  
nous demandons les ressources pécuniaires néces-  
saires pour donner un lait sain aux enfants de la  
classe pauvre, pour les empêcher de mourir, s'ils  
voient un certain nombre d'entre nous, et non des  
moindres, venir affirmer que l'alimentation par le lait  
stérilisé conduit au rachitisme ? Ne vont-ils pas nous  
répondre : puisque vos enfants deviennent rachitiques  
aussi bien avec le lait stérilisé qu'avec les soupes, les  
panades, les féculents donnés prématurément, il n'y  
a pas nécessité à nous imposer de gros sacrifices qui  
ne changeront en rien la face des choses ?

Je me permets de croire que notre éminent collègue  
Comby a employé des expressions dépassant sa pen-  
sée quand il a dit et écrit : « je continue à penser que  
les enfants soumis à ce mode d'alimentation présen-

(1) Communiqué faite à la *Société de Pédiatrie de Paris* (15 avril 1903).

tent tous, à un degré plus ou moins accusé, des stigmates rachitiques ». (*Bulletin de la Société de Pédiatrie*, mars 1902, page 82).

A mon modeste avis, vouloir nier que l'on ne rencontre pas plus d'enfants nourris au lait stérilisé qui deviennent rachitiques que de bébés allaités au sein serait vouloir fermer les yeux devant une vérité éclatante ; mais vouloir dire que c'est le lait stérilisé qui cause ce rachitisme, et écrire, comme M. Comby : « Laissez à l'enfant sa mère pour l'allaiter, cet enfant ne deviendra pas rachitique » (*Traité des maladies de l'enfance*, tome II, page 213, c'est commettre une exagération tout aussi considérable.

Il semble que dans cette discussion nous ne soyons plus d'accord sur ce que c'est que le rachitisme.

Nous n'en sommes plus au temps où l'on considérait le rachitisme comme une maladie du squelette ; les grosses déformations osseuses, les altérations appréciables à l'œil nu ne se produisent que tardivement, ou, pour parler, plus exactement que plus ou moins longtemps après le début de la maladie et alors que bien d'autres organes sont envahis et qu'il existe des altérations microscopiques osseuses des plus nettes. Ce terme de rachitisme pour désigner une maladie aussi générale, intéressant aussi profondément toute la nutrition, devrait bien être abandonné, car il crée ainsi bien des malentendus.

Si l'on étudie l'évolution du rachitisme, on constate, n'est-il pas vrai, que la gastro-entérite chronique est toujours à l'origine des accidents ; je ne suis pas, en effet, convaincu par les quelques cas de rachitisme aigu survenant à la suite de maladies infectieuses diverses et je suis persuadé que l'on trouverait là des accidents intestinaux préalables, l'évolution du rachitisme existait déjà, elle n'a été que précipitée par la maladie infectieuse. En réalité, la gastro-entérite chronique paraît, je ne crains pas de le dire, aussi nécessaire pour la constitution ultérieure du rachitisme que le bacille d'Eberth l'est pour l'installation de la fièvre typhoïde. Le symptôme le plus commun, le plus rapidement observé, c'est le gonflement abdominal dû à des gaz très abondants et aussi à une dilatation et à un allongement de tout le tube gastro-intestinal, ainsi que l'ont bien montré MM. Comby et Marfan et comme je l'ai constaté après eux dans de nombreuses autopsies. Puis, ce sont le foie, la rate, les ganglions qui s'hypertrophient et témoignent du trouble profond apporté à l'hématopoïèse.

Le sang se modifie, on y trouve de la leucocytose, plus ou moins d'hypoglobulie, mais surtout une diminution considérable du taux de l'hémoglobine. Ce n'est que bien plus tard que l'on voit les déformations osseuses. Mais, en revanche, il existe, avant toute déformation visible, des altérations osseuses, qu'il est facile de déceler par l'examen microscopique : et je suis persuadé que si l'on voulait systématiquement examiner les os de tous les enfants succombant avec de la gastro-entérite chronique mais n'ayant pas encore de déformations visibles de ces os, on trouverait, dans tous les cas, de l'épaississement du périoste, de la vascularisation anormale, des altérations de la moelle osseuse, à la condition, bien entendu, que les accidents intestinaux durent déjà depuis un certain temps ; or, toutes ces lésions osseuses précèdent les grosses déformations, lesquelles on aurait fatalement observé si l'enfant n'avait pas succombé ou n'avait pas été guéri de sa gastro-entérite.

Qu'on veuille bien me permettre de rappeler mon étude sur la maladie de Barlow, parue dans les *Archives de médecine des enfants* en novembre 1899. Après avoir relaté une observation personnelle et discuté la nature de la maladie de Barlow, j'ai donné le résultat d'un examen microscopique détaillé et minutieux des os de mon petit malade. Je pris soin de bien noter que l'examen microscopique fut fait au niveau d'os ne présentant à l'œil nu aucune déformation pouvant rappeler le rachitisme. Mais l'examen microscopique nous montra des coupes absolument semblables à celles qu'on observe sur un os nettement rachitique, présentant de grosses lésions macroscopiques.

Il en est certainement de même dans tous les cas où les enfants sont atteints depuis un certain temps de gastro-entérite, et il est bien certain que l'on est rachitique (puisqu'il faut employer cette expression) avant d'avoir des déformations osseuses visibles à l'œil nu. Il suffit, à mon avis, qu'un enfant soit atteint de gastro-entérite chronique depuis déjà un certain temps, pour qu'on ait le droit de dire : c'est un rachitique. Actuellement, on dit, c'est un candidat au rachitisme parce que l'on vit toujours sur cette compréhension des troubles osseux *macroscopiques* de la maladie. Il me semble qu'il n'y a pas besoin d'attendre la période des ulcérations intestinales pour déclarer qu'on a affaire à une fièvre typhoïde ; grâce au séro-diagnostic, on dépiste cette maladie derrière des embarras gastriques fébriles autrefois considérée



n'a donné que du lait, et du lait bien stérilisé ; pour quelques-uns même il s'agissait de lait stérilisé industriellement. Et cependant, ces 61 enfants avaient les uns seulement de la gastro-entérite chronique avec un gros ventre, de la pâleur des téguments, de la polyadénopathie, mais pas encore de stigmates osseux visibles, sauf à peine un léger ressaut costal que, comme M. VARIOT, je considère comme normal chez beaucoup d'enfants ; les autres avaient déjà un chapelet costal très net, des nouures épiphysaires, du retard dans l'ossification, de la fontanelle antérieure, etc... Tous ces enfants étaient des rachitiques, les premiers sans stigmates osseux encore visibles, les autres avec des signes très manifestes de ce côté. Or, l'interrogatoire des parents m'avait appris qu'on avait bien eu le soin de ne donner que du lait, de bien le stériliser la plupart du temps ; mais, soit incurie, soit ignorance, soit mauvaise direction imprimée par des tierces personnes, on donnait des biberons trop copieux, trop fréquents, trop nombreux. Tel enfant de trois mois, par exemple, prenait toutes les deux heures 150 gr. de lait pur et cela dix fois par vingt-quatre heures. Cela lui faisait 1.500 gr. de lait par jour. Il n'y a pas deux mois je voyais encore dans mon cabinet un enfant de sept mois, pâle, décoloré, maigre, avec un gros ventre, une fontanelle large comme à la naissance, de la gastro-entérite chronique, chez lequel la mère, appartenant à un niveau social très élevé, avait eu le soin de donner du lait stérilisé industriellement. Malheureusement son médecin lui avait dit de donner ce lait toutes les deux heures, sans limiter en outre le nombre des tétées et comme cet enfant pleurait beaucoup parce qu'il souffrait, on disait à la mère : votre enfant meurt de faim, donnez-lui donc du lait. Et la mère augmentait la quantité du lait. Résultat : gastro-entérite chronique et rachitisme.

Eh bien, est-ce que l'on va accuser ici le lait d'avoir produit ce rachitisme ? Est-ce qu'il n'est pas évident que c'est l'abus et la mauvaise administration de ce lait qui ont causé tout le mal ?

Il me reste 16 enfants nourris exclusivement au lait stérilisé et chez lesquels je délie qui que ce soit de trouver le moindre signe de rachitisme, le moindre indice précurseur. Ventre parfait, selles toujours très belles, jamais de diarrhée, à peine les matières avec la consistance habituelle des enfants nourris au lait de vache. Santé excellente. Sur ces 16 enfants, 18 avaient entre quinze mois et deux ans, tous mar-

chaient et avaient commencé à marcher et quinze mois : la fontanelle antérieure avait présenté son évolution d'ossification normale. Sur les autres âgés de moins d'un an, l'examen même permettait de supposer que la croissance allait bien se poursuivre et que le rachitisme était évité. Tous ces 46 enfants m'étaient atteints de diverses affections aiguës diverses : grippe, etc...

Voilà donc 46 enfants nourris au lait stérilisé présentant aucune tare de rachitisme. Il est vrai qu'ici les règles d'hygiène et d'alimentation plus minutieuses furent observées. Tous ces enfants appartiennent à ma classe.

J'arrive maintenant à mes 59 cas de rachitisme. Il est bien entendu que je n'entends pas par là des enfants n'ayant que le biberon et le lait stérilisé. Dans la classe des 349 mal nourris ceux qui n'ont eu le sein et le biberon ont mangé des aliments solides.

Sur ces 59 enfants, j'en trouve 34 atteints de rachitisme, chez lesquels mon examen clinique a constaté que c'est encore l'inobservance des règles d'alimentation qui est en cause, le lait stérilisé n'ayant pu jouer aucun rôle. Il en reste 15 atteints de rachitisme à l'allaitement mixte avec des règles d'alimentation observées. Pas un de ces enfants n'est malade de l'intestin et présentant un rachitisme.

Il va être maintenant bien plus intéressant de relater ce que j'ai trouvé chez les 15 enfants exclusivement au sein : 19 ont été atteints de gastro-entérite chronique avec un gros ventre, l'estomac, gros ventre, diarrhées glaireuses, chapelet costal très accusé. J'ai noté 5 fois des nouures épiphysaires. Chez ces 15 enfants un retard considérable dans l'ossification de la fontanelle antérieure. Ces 15 enfants étaient rachitiques et pourtant ils n'avaient que le sein. Étaient-ils devenus rachitiques ? Parce qu'ils avaient eu de la gastro-entérite chronique par le lait du sein. En effet j'ai trouvé noté pour ces enfants qu'ils avaient le sein à chaque instant, dès que le bébé pleurait ; le bébé buvait tant qu'il était rassasié ; des tétées considérables ; j'en ai noté un qui prenait couramment 200 gr. par tétée à chaque instant ; la famille et le médecin ne s'en rendaient pas compte. C'est la cause de ces vomissements et des

ment, mais cet  
dre de 1200 à  
; il est mainte-  
nique avec un  
aisser de doute  
plus exigeants.  
exclusivement  
itiques. Le lait  
s que pour les  
rimordial était  
ait un mauvais  
'incriminer ici  
ercenaire pour  
oir incriminer  
Les conditions  
is-nous pas eu  
à des enfants  
me, les autres  
été le même,  
i-dire le défaut  
: de l'hygiène

rachitique non  
mais bien parce  
lait de femme  
chitique parce  
gastro-entérite  
gastro-entérite  
s l'allaitement  
ne peut être

uve-t-on plus  
t stérilisé que  
? La première  
c'est que c'est  
rit au biberon.  
ur gagner son  
ngère qui n'a  
goureusement  
i elles ont été  
ait est souvent  
élevé du lait  
ial ou pas du  
é, occasionne  
et en se pro-  
te chronique,  
est tellement  
notés comme

indemnes de rachitisme quoique ayant été nourris au lait stérilisé, appartiennent tous à ma clientèle, à la classe aisée ou riche. D'autre part, une preuve de ce que j'avance sont les superbes résultats obtenus par MM. BUDIN, VARIOT, BRESSET, DUFOUR, de Fécamp, etc., dans leurs « Gouttes de Lait ». Chez eux on donne du bon lait, on le donne tout stérilisé, on éduque les mères, on les instruit, on leur enseigne les règles qu'elles ont à suivre; dès lors plus de rachitisme. Tout le secret de la fréquence du rachitisme chez les enfants allaités au lait stérilisé est là, dans le mauvais emploi de ce lait.

Il faut bien dire aussi que si, dans des milieux aisés, on voit des enfants nourris au biberon faire de la gastro-entérite chronique et du rachitisme, la faute en est parfois au médecin qui a mal institué les règles à suivre ou ne les a pas instituées du tout. On oublie trop souvent que le lait de vache est plus lourd et plus long à être digéré que le lait de femme; qu'il faut par conséquent mettre des intervalles plus grands entre chaque tétée que s'il s'agissait d'allaitement au sein. On oublie aussi de proportionner le nombre des tétées et la quantité du lait de chaque tétée suivant l'âge de l'enfant, et l'on a ainsi des indigestions qui, en se répétant, conduisent à la gastro-entérite. Il est évident qu'un enfant nouveau-né digère plus difficilement le lait de vache que le lait de femme, et c'est ici que je me sépare de M. VARIOT, je ne suis pas d'avis de donner du lait pur à un enfant qui a moins de trois mois. Mais, si on a bien le soin d'observer toutes les précautions, il est absolument chimérique de craindre le rachitisme avec l'emploi du lait stérilisé.

Il est bien évident que les fautes sont si nombreuses et si faciles à commettre avec l'allaitement artificiel, qu'il est bien naturel qu'on rencontre plus de rachitiques chez les enfants soumis à cet allaitement. Il est certain que dans la classe pauvre ces fautes se commettent à chaque instant et qu'elles sont, vu le milieu, très difficiles à éviter. Mais si par la baguette d'une fée bienfaisante ou d'un riche philanthrope, nous pouvions un instant supposer que tous les enfants pauvres seront surveillés et consultés hebdomadairement, dans ces œuvres admirables qu'on appelle les « Gouttes de lait », qu'on distribuera à tous ceux qui en auront besoin du lait excellent et parfaitement stérilisé, avec des conseils très précis pour son emploi, nous verrions très rapidement, j'en suis sûr, le rachitisme disparaître.

Il est bien certain, d'autre part que, puisque malheureusement nous ne pouvons être sûrs de la bonne administration du lait stérilisé et que c'est exclusivement la mauvaise administration de ce lait qui mène au rachitisme, nous devons faire nos efforts pour faire adopter l'allaitement au sein ; car s'il est évident que bien des enfants deviennent rachitiques parce qu'ils sont *mal* nourris au sein, les fautes sont bien plus aisées à commettre avec le biberon et par suite les troubles gastro-intestinaux bien plus fréquents.

Je conclus donc ainsi :

1° Il est absolument exagéré de dire que le lait stérilisé conduit au rachitisme. C'est le mauvais emploi de ce lait qui amène cet état morbide ;

2° Un enfant peut aussi bien devenir rachitique quoiqu'allaité au sein, si les mêmes conditions sont remplies, c'est-à-dire, si de mauvais principes hygiéniques le conduisent à des troubles dyspeptiques graves et prolongés ;

3° Il y a lieu de susciter partout la création de nombreuses « Gouttes de lait », où les mères trouveront non seulement du bon lait, mais encore et surtout, des conseils précis et rigoureux pour bien élever leurs enfants. Ces « Gouttes de lait » sont capables, à elles seules, de faire diminuer les cas de rachitisme dans des proportions considérables ;

4° Le lait stérilisé mérite qu'on ait en lui la plus grande confiance, à la condition que son emploi soit très judicieusement et minutieusement réglé et surveillé. Dans les familles riches, on devra le préférer à l'allaitement mercenaire qui est, socialement parlant, immoral ; dans ce milieu, il est facile d'en bien surveiller l'administration et il donnera d'excellents résultats.

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 9 Mai 1902

Présidence de M. COMBEMALE.

### Sclérodermie

M. Bertin présente une malade atteinte de sclérodermie et surtout de sclérodactylie. Ce cas a fait le sujet d'un mémoire qui sera publié in extenso.

M. Charmell fait remarquer que cette malade a un masque de momie. La lèvre supérieure, toutefois, n'est pas encore rétractée, comme cela s'observe dans des cas plus avancés. Il existe un peu de gêne de la parole ; les rides sont rares, le nez est effilé. Les doigts montrent la résorption progressive des extrémités osseuses.

M. Ausset rappelle la pathogénie, à cet égard, une théorie en faveur de cette manière de voir (hystérie, rhumatisme, goutte) de crises douloureuses. Les résultats douteux. LEREDDE (endo-périartérite). Dans la tunique ils ont trouvé des bandes, anormales. La maladie aurait été antérieure.

Enfin, pour JANSELME, l'origine pourrait être thyroïdienne. Dans la sclérodermie succéder à une maladie améliorée par la médication thyroïdienne la sclérodermie doit être une synchrone lésion et pouvant tenir.

M. Charmell dit que les cas sont rares. Pour lui, il s'agit surajouté que chez la malade, les symptômes au cours de la maladie, ce qui est.

M. Bertin ajoute que les lésions de sclérodermie sont contraires à une théorie.

M. Ingeirans fait la remarque que succéder à des crises d'asphyxie de RAYNAUD, dans sa forme commune, à la sclérodermie, et on en s'agit de lésions secondaires de contraction prolongée.

### Chancres de la

MM. Patoir et Gontier présentent une malade qui porte un chancre syphilitique au cou. Elle n'avait point la lèvre inférieure rétractée et on constate une angine muqueuse de sièges divers. L'indurée : il existe une forte adhérence.

M. Combemale demande si on peut en tirer quelque chose de l'exsudat, car, à la fin de la maladie avec l'angine de VINCENT.

M. Gontier dit que l'on trouve des microbes ordinaires de la bouche rendue impossible à cause de l'indurée des commémoratifs.

M. Charmell fait remarquer que la sclérodermie est appréciable à l'extérieur et qu'il en est de même de l'autre côté. Cette malade est une malade qui a montré que la scrofulo-tuberculose datant de l'enfance reçoit un caractère syphilitique.

M. Ingeirans note que la douleur dans ce cas, réduite au minimum, la sclérodermie est loin d'être rare ; tout à Paris. A Lille, il est vraiment peu



le pubis. L'opéré succomba au sh  
après l'opération.

Tandis que dans le premier cas la tumeur avait secon-  
dairement envahi le fémur, dans le second cas l'os était  
absolument intact comme le montre du reste la radio-  
graphie.

#### Influence du sérum antipancréatique sur le ferment amyolytique du sang

MM. Surmont et Druchbert font une communication sur  
ce sujet (sera publiée in extenso).

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### Responsabilité du client vis-à-vis du médecin.

Le tribunal correctionnel de Dijon a été appelé à statuer,  
le 31 décembre 1901 (*Gazette du Palais* du 18 avril 1902),  
sur une question de responsabilité, non pas d'un médecin  
envers un client, mais d'un client envers un médecin. Le  
cas est beaucoup plus rare. Il se présentait dans une espèce  
à laquelle nous ne connaissons pas de précédent, et qui—  
nous l'espérons pour les membres du corps médical—  
restera seule et unique dans les annales de la jurispro-  
dence.

De l'instruction et des débats, il résultait que, le 22  
août dernier, le sieur A... s'était rendu dans le cabinet du  
docteur B...; qu'une discussion assez vive s'était engagée  
entre eux; que le docteur B... ayant voulu mettre A... à  
la porte, une rixe s'éleva entre eux dans laquelle A...  
donna un soufflet au docteur B... et le mordit au pouce  
gauche, lui faisant une blessure qui, par elle-même, n'était  
pas de nature à présenter quelque gravité.

Quels pouvaient être les droits du médecin? C'était,  
d'une part, de poursuivre la condamnation de son adver-  
saire en raison de l'infraction pénale dont celui-ci s'était  
rendu coupable. C'était, d'autre part, de demander par  
action civile, la réparation du préjudice que lui, médecin,  
avait pu subir par suite de l'agression dont il avait été  
victime.

Le premier point ne soulevait qu'une difficulté de pro-  
cédure. Le médecin avait cité son adversaire devant le  
tribunal correctionnel; l'adversaire prétendait qu'il aurait  
dû être cité devant le tribunal de simple police. C'est que,  
dans notre législation pénale, l'infraction consistant en  
violences ou voies de fait à l'égard des personnes, est punie  
tantôt comme délit correctionnel, tantôt comme contra-  
vention de simple police. S'agit-il de « voies de fait ou  
violences légères, dont les auteurs n'ont blessé ni frappé  
personne »? Elles constituent des contraventions punies de  
simple police par les art. 605 et 606 du Code du 3 brumaire  
an IV. S'agit-il de « violences ou voies de fait » autres  
que celles prévues par le Code de brumaire an IV? Elles

constituent des délits punis de peines correctionnelles par l'art. 311 du Code pénal, modifié par la loi du 13 mai 1863.

Mais que faut-il entendre par ces « voies de fait ou violences légères, dont les auteurs n'ont blessé ni frappé personne » ? On discute sur bien des espèces. Le soufflet, par exemple, la gifle, est-ce ou n'est-ce pas une de ces violences tombant sous l'application du Code de brumaire an IV ? D'ordinaire, les tribunaux y voient un délit correctionnel. V. notamment : Cass., 24 janvier 1863 (*Dalloz*, 63, V, 402) ; — trib. simple police Lille, 23 février 1889 (*Nord Judiciaire*, 1889, I, 224). Pourtant, il en est qui persistent à n'y voir qu'une contravention de simple police. Trib. simple police, Gaillac, le 18 août 1899 (*Revue des Justices de paix*, 1900, VIII, 313). — La difficulté la plus récente qui, à notre connaissance, ait été soumise à la justice, était relative au fait de jeter sur quelqu'un cette substance qu'on appelle vulgairement du « poil à gratter ». Le tribunal de simple police de Toulouse, par jugement du 2 mars 1901 (*Eod. op.*, 1902, X, 12), a décidé que ce fait constituait une simple contravention, tout comme le fait de lancer sur quelqu'un de l'eau claire. Nous disons de l'eau... claire, car le fait de lancer sur quelqu'un un liquide qui ne serait pas clair, constitue une contravention spéciale, celle de jet d'immondices, qui comporte une peine spéciale, variable suivant que le jet a été ou non intentionnel. Art. 471, § 12, et 475, § 8, C. pénal. Ainsi jugé pour l'urine : Cass., 3 mars 1892 (*Sirey*, 92, I, 288).

Dans l'espèce soumise au tribunal correctionnel de Dijon, les circonstances ne pourraient laisser place à aucun doute, puisque, non seulement le docteur B... avait reçu un soufflet, mais que, de plus, il avait été mordu au pouce. Il avait donc été tout à la fois *frappé* et *blessé*. Par suite, on se trouvait incontestablement en présence d'un délit, et c'est avec raison que le tribunal correctionnel s'est déclaré compétent et a prononcé contre l'auteur de ce délit les peines de l'art. 311 C. pénal.

Restait l'action civile en réparation du préjudice subi par le docteur B... Le fondement de cette action civile était le même que dans les actions en responsabilité civile dirigées contre les médecins. C'était le principe de l'art. 1382 C. civil : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer. » Or, comme nous avons eu l'occasion de le rappeler (*Echo médical du Nord*, 1902, p. 203), l'application de ce principe suppose trois conditions : un dommage, un préjudice causé, une faute commise, une relation entre le préjudice et la faute. Ces trois conditions se trouvaient certainement résumées dans notre espèce : par la faute de A... le docteur B... avait certainement subi un préjudice qui était la conséquence directe de la faute de A... Il fallait seulement évaluer le préjudice subi. Et c'est ici que la question se compliquait, en raison des circonstances suivantes.

Le docteur B... prétendait qu'après avoir été la victime, il avait dû interrompre certain temps l'exercice de sa profession et réclamait une indemnité considérable, disant que la blessure avait été *sans gravité*. C'est, qu'au moment où il avait été mordu, le docteur B... savait qu'A... était atteint de syphilis et pouvait donc légitimement craindre que la syphilis ne se transmettât à lui par la morsure, et, en conséquence, la plus élémentaire prudence lui imposait un devoir de s'abstenir totalement de sa profession pendant toute la période d'incubation.

Des experts furent commis, et procèdent à l'examen des deux adversaires.

D'une part, ils constatèrent qu'après avoir procédé à l'examen de A... celui-ci présentait des symptômes de la syphilis à l'état secondaire, mais ne purent toutefois déterminer à quelle époque remontait la maladie.

D'autre part, ils reconnurent, qu'après avoir été victime, le docteur B... ne présentait aucune trace de syphilis récente à la période d'incubation, par suite, aucun accident syphilitique ne lui était dû par la morsure.

C'est dans ces conditions que le tribunal de Dijon, faisant valoir que « si l'agression subie par le docteur B... a été de nature à lui causer un préjudice, ce dernier ne peut être évalué qu'en tenant compte de la cessation de son exercice de médecin pendant le temps nécessaire pour constater les premiers symptômes de la syphilis, qui a été fixée à la somme de 500 francs les deux tiers de laquelle ce préjudice peut donner droit à une indemnité ».

Ajoutons, sans commentaires, qu'en même temps une demande de 100,000 francs de dommages-intérêts contre le docteur B... pour abus de confiance a été rejetée.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

— Les jeudi 13 et vendredi 16 août ont eu lieu les épreuves du **Concours pour l'emploi de professeurs adjoints de pathologie et de clinique** à l'Ecole d'Amiens, devant un jury composé de MM. les professeurs COMBEMALE, président, F. LILLE, BAX et DECAMPS d'Amiens.

A l'épreuve écrite, les candidats ont traité les questions suivantes : *Symptômes et traitement de la lithiase biliaire ; Symptômes et traitement de la tuberculose ; Goitre exophtalmique.*

d'heure après  
question sui-  
vante : Vomisse-  
; Séméiologie,

examinés par  
par le jury :  
aphyse cardia-

ait a) sur des  
ans la fièvre  
ins polykysti-  
c ; Tuberculose  
voie cardiaque;  
clérose rénale.  
Jean BERNARD  
ur BAILEY, en

is l'évolution  
; nombreuses  
s séances de  
ront lieu le  
i 19 courant,

e du docteur  
, avec Made-  
ux nouveaux

ficier : M. le  
M. le docteur

rès concours,

teurs la mort  
ris ; GAUVAIN,  
as (Ardèche).  
paru dans la  
cien médecin

L'émulsion  
éosotée. Elle  
e 3 à 6 cuille-  
i. de méd )

**NERVEUX  
IER**

171

## Statistique de l'Office

19<sup>e</sup> SEMAINE DU 4.

## AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A

0 à 3 mois . . . . .			
3 mois à un an . . . . .			
1 an à 2 ans . . . . .			
2 à 5 ans . . . . .			
5 à 10 ans . . . . .			
10 à 20 ans . . . . .		2	2
20 à 40 ans . . . . .		8	9
40 à 60 ans . . . . .		10	6
60 à 80 ans . . . . .		11	8
80 ans et au-dessus . . . . .		1	4
Total . . . . .	52	45	

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS	NAISSANCES par quartier	TOTAL des DÉCÈS	Autres causes de	Homicide	Suicide	Accident	Autres tuberculoses	Méningite tuberculeuse	Phthisie pulmonaire	Maladies du cœur	Maladies organiques	Bronchite et pneumonie	Apoplexie cérébrale	Autres	Coqueluche	Croup et diphthérie	Fièvre typhoïde	Scarlatine	Rougeole	Variole
	6	7	1	»	»	»	»	»	1	1	1	1	»	1	»	»	»	»	»	1
	11	11	6	»	»	»	»	»	1	1	»	3	1	»	»	1	»	»	»	2
	13	10	1	»	»	»	»	»	1	1	2	4	1	1	1	1	»	»	»	1
	19	18	5	»	»	»	»	»	1	1	2	1	»	1	1	»	»	»	»	2
	6	8	3	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»
	7	13	7	»	»	»	1	»	2	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	1
	8	6	3	»	»	»	»	»	1	»	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»
	9	5	1	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»
	16	10	3	»	1	1	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	2	3	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	8	6	3	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
	104	97	34	»	1	2	2	1	13	6	5	14	3	3	2	1	»	»	»	8

Répartition des décès par quartier

Hôtel-de-ville, 19,892 hab.  
Gare et St Sauveur, 27,670 h.  
Moulins, 24,947 hab.  
Wazemmes, 36,782 hab.  
Vauban, 20,381 hab.  
St-Audré et Ste-Catherine, 30,828 hab.  
Esquermes, 11,384 hab.  
Saint-Maurice, 11,212 hab.  
Fives, 24,191 hab.  
Canteleu, 2,836 hab.

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT  
5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT  
pour les ÉTUDIANTS  
3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : De la constipation, par le professeur **H. Surmont** (leçon du cours de Pathologie interne, recueillie par **M. Dehon**, revue par le professeur). — CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES : Constipation habituelle, par le professeur **H. Surmont**. — NOUVELLES ET INFORMATIONS.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### De la Constipation

par le professeur **H. Surmont**

(Leçon du cours de Pathologie interne, recueillie par **M. Dehon**, revue par le professeur)

Le mot « constipation » est de ceux qui, vu leur usage courant, semblent ne pas avoir besoin de définition. Il n'est cependant pas inutile, au point de vue de la description médicale, de s'entendre exactement sur la signification précise qu'il convient de lui attribuer. De toutes les définitions proposées tour à tour, celle qui semble devoir être adoptée, étant à la fois la plus explicite et la plus exacte, est celle de **SOUPAULT**, ainsi formulée : « La constipation est la rétention et l'accumulation des matières fécales dans le gros intestin, quel que soit leur mode d'évacuation au dehors ».

On peut donc considérer comme de faux constipés les sujets qui, pour des raisons toutes physiologiques, ont des selles rares ou peu abondantes : par exemple, ceux qui, volontairement ou d'une façon habituelle, restreignent dans une proportion notable leur alimentation et par conséquent les résidus alimentaires ; d'où, évacuations forcément rares et peu abondantes, mais sans rétention ni accumulation dans le gros intestin. Cette éventualité n'est pas rare chez les femmes et les jeunes filles coquettes ou névropathes.

Certains sujets ont, pendant toute leur existence ou pendant de nombreuses années, des évacuations plus rares que normalement, par exemple tous les deux ou trois jours seulement, et cela sans en souffrir apparemment. Cet état doit-il être considéré comme pathologique, puisque l'on admet généralement que les garde-robes, à l'état normal, doivent être au moins quotidiennes ? Ce n'est pas l'opinion de **POTAIN** et de **NOTHNAGEL**, pour qui ne sont constipés que les gens qui souffrent manifestement de la rareté de leurs évacuations. Cette opinion ne doit pas être admise sans réserves, à mon sens, car le médecin peut attribuer une valeur pathogénétique considérable, dans certains cas, à une constipation dont ne souffrent nullement les patients, puisque, dans la règle, bon nombre de constipés n'accusent aucun trouble pendant un temps plus ou moins long : les troubles mécaniques réflexes ou toxiques de la constipation n'apparaissant que tardivement chez eux. La frontière entre ce qu'on pourrait appeler la constipation physiologique et la constipation pathologique est évidemment affaire d'appréciation dans chaque cas particulier.

La seconde partie de la définition de **SOUPAULT** proclame l'indifférence dans la conception du syndrome constipation, de l'apparence des matières évacuées au dehors. C'est là, au point de vue médical, la partie la plus essentielle à mettre en lumière : car l'unanimité des malades et beaucoup de médecins considèrent que la constipation est essentiellement caractérisée par l'émission de matières dures ; or, à côté des faux constipés dont nous parlions tout à l'heure, il existe un assez grand nombre de constipés sans le savoir que l'on peut classer en trois catégories : ceux qui ont des selles d'apparence normale ; ceux, beaucoup plus nombreux, chez lesquels se succèdent des alternatives de diarrhée et de constipation ; les derniers, enfin, qui ont uniquement des évacuations liquides.

orie présentent à es évidents d'une endant des selles s évacuent le trop nent, absolument tention ont de la egorgement. Il est fait au centre des isation qui permet ier, petit à petit, au

orie sont beaucoup eux se plaignent, ée : à l'interroga- ée se produit par constipation ; chez tial ; les matières le des crises d'hy- de débâcles dans lieu du liquide, les part des accidents. e catégorie ont des eux l'hypersécré- ou d'être paroxys- mais à l'examen on tières liquides des que cela paraisse, des constipés fla- constipés sans le essage qu'il n'est ourante, de symp- ssouvent consulté, tèle aisée.

ar, savoir la ratta- chaque cas parti- que la cure de la r'un grand nombre leur état jusqu'à a nécessité de les irir à des pratiques es et de devenir la

gie et de la sympto- le vue de la théra- ormes de la consti- re ou accidentelle.

cidentelle reconnaît re provoquée, soit ix règles ordinaires re, soit par un état symptôme.

pe sont fréquentes; nblent indiquer un n ou de diminution tue justement une ituelle. Ainsi, vous un simple déplace- , en voiture), un exercice physique ttent en défaut le

Vous verrez encore des malad extrême vis-à-vis des aliments boissons chaudes, en particulier d boissons fermentées : du vin rou faut connaître l'existence de ces r si insignifiantes en apparence, pour les rechercher, les signaler aux intéressés et les leur faire éviter, ce qui suffit le plus souvent à prévenir les rechutes

La constipation passagère peut encore être patho- logique. Elle fait partie en effet du cortège sympto- matologique de beaucoup de maladies, soit chroniques, soit aiguës et pyrétiques, qu'il est inutile de passer en revue ici. Il vous appartiendra, dans ces cas, de respecter ou de combattre cette constipation sympto- matique, selon qu'elle sera salutaire ou dangereuse. C'est ainsi que vous vous garderez bien de provoquer l'évacuation de l'intestin, lorsque vous serez appelés à soigner une péritonite, de peur que les contractions du tube intestinal n'aident à la généralisation de l'exsudation septique ; au contraire, il y aura grand intérêt chez un typhoïdique à faire éliminer, en même temps que les matières fécales, l'énorme quantité de produits toxiques qu'elles renferment.

Cette leçon doit être plus particulièrement consacrée à la constipation habituelle. LASÈGUE a montré qu'il y a lieu, au point de vue symptomatologique, d'en différencier deux types, suivant qu'elle est totale ou dissociée.

Elle est dite *totale* lorsque les évacuations sont, à la fois, rares, abondantes et formées de matières durcies. Elle est dite *dissociée* lorsque les perturbations du fonctionnement de l'intestin portent seulement, soit sur la fréquence, soit sur la quantité, soit sur la qualité des évacuations. Parmi les constipations dissociées, on appelle *horaire* celle qui est caractérisée par ce fait que les selles sont très espacées ; dans la constipation *quantitative* les évacuations ont conservé leur fréquence ordinaire, mais ont diminué d'importance. Dans la constipation qualitative on observe soit isolément, soit en même temps que les deux autres formes ou que l'une d'elles, un aspect anormal des matières : qu'elles soient dures, ovillées, pigmentées, entourées de mucus ou de muco-membranes, ou accompagnées de sable intestinal (entérite muco-membraneuse).

Espacées tous les trois ou quatre jours dans les cas moyens de *constipation horaire*, les évacuations deviennent d'une rareté véritablement étonnante chez certains malades, particulièrement chez les hystériques ; il y a toujours lieu de se méfier des supercheries chez ces malades, mais LASÈGUE a rapporté des cas classiques, cités partout, de constipation hystérique, incontestable, vérifiés par lui, ayant duré quatre et même six semaines.

Si les faibles degrés de la *constipation quantitative* ont besoin d'être mis en évidence par une palpation attentive, dans les degrés extrêmes, le volume des matières retenues dans l'intestin peut acquérir des proportions véritablement fantastiques. Témoin ce fait de LASÈGUE, qu'on trouve relaté dans tous les auteurs, d'un chef de bureau qui, pendant 6 à 8 mois, se plaignait de ballonnement et de douleurs violentes dans le ventre,

sans vomissements, diarrhée ou constipation apparente et une nuit, dans une formidable débâcle, remplit successivement dix-sept vases de nuit. La constipation quantitative est extrêmement fréquente chez les enfants, particulièrement dans les familles aisées où on leur donne une alimentation trop riche en viandes et insuffisamment fournie de végétaux et de fruits. Les réactions nerveuses et générales particulièrement intenses chez les neuro-arthritiques héréditaires, qu'éveillent les résorptions intestinales consécutives, sont alors le point de départ de craintes vives chez les parents et chez les médecins non prévenus des erreurs de diagnostic les plus variées avec la méningite, la fièvre typhoïde, la grippe intestinale, etc.

Dans la constipation quantitative, les matières fécales prennent la forme de boules dures de volume variable, parfois petites comme des crottes de biques, d'autres fois plus volumineuses, ovillées. Quand leur consistance est très forte, on leur donne le nom de scybales et dans les cas anciens, les scybales peuvent acquérir une consistance pierreuse, rebondir sur le sol et mériter véritablement, par suite de leur incrustation de carbonates et de phosphate de chaux, le nom de coprolithes. Les scybales sont expulsées isolément ou en masses conglomerées, seules ou accompagnées de mucosités, de glaires, de sables ou de graviers intestinaux.

Bien que certains individus puissent avoir pendant longtemps des évacuations rares ou insuffisantes, sans trouble apparent de la santé générale, il est peu fréquent que la constipation n'agisse pas d'une façon fâcheuse sur l'état général et sur les diverses fonctions de l'individu.

Parmi les symptômes qui accompagnent habituellement la constipation, il faut citer : le *retentissement sur l'appétit* ; l'inappétence est la règle, elle s'accompagne parfois, dans les constipations intenses, d'une fétidité très marquée de l'haleine qui est une source de tourments pour le malade et de gêne pour son entourage ; la langue est sèche, pointue, framboisée ; ou au contraire très saburrale, très large, molle et marquée de l'empreinte des dents. La digestion stomacale est généralement altérée, soit par suite de troubles mécaniques amenant la mauvaise évacuation de l'organe, soit par suite de viciations de la sécrétion, soit par l'association de ces deux ordres de troubles ; toutes les sécrétions digestives sont au reste réduites ou viciées. Il est facile de s'en convaincre pour ce qui est de la salive qui est : rare (langue rouge, soit exagérée), ou épaisse, visqueuse ; en quantité exagérée (langue saburrale, crachotement). Du côté du foie, on observe au bout d'un certain temps une réaction non seulement sur la cellule hépatique, dont il existe souvent un état léger d'insuffisance ; mais encore sur la sécrétion biliaire qui est souvent diminuée (décoloration des selles), ou en partie retenue dans les canaux obstrués : d'où cholémie qui explique en partie la coloration particulière des téguments chez les vieux constipés. Ces troubles vont au reste jusqu'à modifier l'état physique de l'organe et à déterminer une hépatomégalie plus ou moins marquée. La sécrétion urinaire est aussi altérée, et l'examen des urines

démontre une augmentation habituelle des produits qui dénotent la fermentation intestinale : indican et acides sulfo-conjugués. L'urée, le chlore et le phosphore sont en rapport d'une part avec l'alimentation d'ordinaire réduite, d'autre part avec le degré d'altération de la nutrition générale toujours touchée, et de l'état nerveux : les constipés étant, pour la plupart, des névropates. L'appareil circulatoire est habituellement troublé dans son fonctionnement et l'on peut observer, à la suite des repas, en particulier, des bouffées de chaleur, de la congestion céphalique, des troubles vaso-moteurs, des palpitations cardiaques. Nous avons déjà signalé la fétidité de l'haleine qui, avec de la gêne respiratoire et une dyspnée assez intense parfois, fait partie des troubles respiratoires.

Le système nerveux est presque constamment atteint et l'on peut dire que le plus grand nombre des constipés sont des névropathes : simples nerveux, hystériques, neurasthéniques, vésaniques même. Il serait contraire à la réalité clinique de faire de la neurasthénie l'unique cause occasionnelle de la constipation ou, inversement, de soutenir que lorsque constipation et neurasthénie s'observent chez un même malade, celle-ci dérive toujours de celle-là ; mais vous aurez certainement l'occasion de vérifier qu'il y a souvent des rapports intimes entre ces deux états morbides et il est parfois difficile de juger quel est, des deux états pathologiques, le premier en date.

L'état mental des constipés est souvent touché ; ce sont parfois de véritables monomanes, le plus ordinairement des malades difficiles à soigner et des gens difficiles à vivre, désagréables pour leur entourage. Un diplomate ne disait-il pas que lorsqu'on a affaire à un Ministre, « il faut tout d'abord s'informer s'il a été convenablement à la garde-robe » ?

L'état général des constipés est généralement altéré. Ces malades sont généralement amaigris, fatigués ; ils ont le teint jaunâtre, les yeux brillants, la peau sèche et écaillée, les cheveux et la barbe rudes et cassants, leur peau est souvent le siège d'éruptions variées : prurigo, urticaire, acné, etc. Ces caractères, joints à leur état mental, à la fétidité de leur haleine, à leur manque d'appétit, à leur langue saburrale, permettent de les reconnaître facilement, et leur aspect extérieur est véritablement caractéristique.

En dehors des symptômes précédents, qui font partie du cortège habituel de la constipation, il en est d'autres, plus rares mais aussi plus sérieux, que l'on peut considérer comme représentant déjà des accidents ou des complications secondaires et que l'on peut classer suivant le mécanisme pathogénique général qui préside à leur production, en troubles mécaniques et en troubles toxiques ou réflexes.

Les matières fécales durcies et agglomérées en boules dans les logettes du gros intestin ont pour conséquence une irritation locale des parois intestinales. Cette irritation se traduit par un ensemble de troubles pathologiques dont le plus simple est le catarrhe du côlon ou du rectum, caractérisé cliniquement par la présence, dans les selles, d'une quantité plus ou moins considérable de mucus nettement différencié.

Un degré de plus et l'affection aboutit à l'entéroco-

lite muco-membraneuse, avec expulsion de glaires et de fausses membranes et ses autres caractères typiques. L'entérocélite sableuse et la lithiase intestinale sont une autre forme de l'entérite chronique avec constipation habituelle.

Les ulcérations intestinales se traduisent par l'existence à la surface des matières fécales, de stries sanglantes, parfois même par de véritables petites hémorragies. L'importance légitime attribuée dans ces dernières années à l'appendicite ne doit pas faire oublier complètement l'existence de la typhlite stercorale que le professeur DIEULAFOY, lui-même, a signalée dans ces dernières années, en appelant l'attention des médecins sur son existence. Comme pendant à la typhlite stercorale, un médecin suisse, le docteur MAYOR, de Genève, a décrit une sigmoïdite d'origine stercorale, reproduisant au niveau de l'S iliaque les symptômes de la typhlite.

Ce sont encore des complications dans la pathogénèse desquelles les troubles d'origine mécanique ont la première place, que produit l'accumulation dans l'ampoule rectale et l'S iliaque d'énormes masses de matières amenant la formation de *véritables tumeurs stercorales*, quelquefois si volumineuses qu'elles en imposent pour des tumeurs vraies, et peuvent déterminer de véritables obstructions résistant à tous les traitements médicaux et nécessitant le curage du rectum. Lorsque l'anse sigmoïde est remplie de matières fécales, elle a selon beaucoup d'auteurs, en particulier TRÈVES, POTAIN, ALBERT MATHIEU, de la tendance à tomber en avant et à se tordre ou même à se renverser complètement si l'allongement de son méso le lui permet, de là la production d'occlusion intestinale vraie dont le diagnostic avec l'obstruction est loin d'être toujours aisé.

Les tumeurs stercorales produisent la compression des organes voisins, particulièrement chez les femmes, où elles peuvent faire croire, à tort, à des lésions de l'utérus et de ses annexes : chez l'homme on observe quelquefois des pertes séminales. On connaît aussi la sciatique et la névralgie crurale des constipés rattachées parfois uniquement à la compression, mais qui sont souvent dues aussi à des influences réflexes et toxiques. Il convient encore de citer : les hémorroides qui, bien que dues à la phlébite des veines hémorroidaires, ainsi que l'a montré QUÉNU, sont excessivement fréquentes chez les constipés, et en partie d'origine mécanique ; la fissure à l'anus, consécutive au déchirement de la muqueuse lors du passage des scybales trop dures ou trop volumineuses.

Les accidents d'autointoxication dont l'importance a été si bien mise en évidence depuis vingt ans dans la plupart des affections du tube digestif, se retrouvent naturellement dans la constipation. On les observe avec leur maximum d'intensité chez les enfants chez lesquels, sous l'influence de la rétention des matières fécales, il n'est pas rare de voir s'élever la température et se manifester des phénomènes généraux graves en présence desquels le médecin peut songer, parfois, à des affections beaucoup plus sérieuses. Les vieillards sont aussi très sensibles à l'intoxication intestinale, probablement à cause de la moindre résistance de

leur organisme et de la facilité de l'insuffisance des émonctoires chez eux. Chez eux, elle se traduit souvent par des phénomènes en tout semblables à ceux que l'on réunit d'ordinaire sous le nom de petit Brightisme.

Les adultes, surtout certaines femmes, résistent beaucoup mieux à l'intoxication stercorémique.

Pour que ces accidents se produisent, il faut naturellement que les substances toxiques contenues dans les matières fécales puissent être absorbées par les vaisseaux et les lymphatiques de la muqueuse intestinale. Par conséquent, lorsque les matières durcies se sont entourées d'une coque imperméable, cette absorption est moins à redouter ; mais elle peut apparaître si les matières se liquéfient, soit sous l'influence de l'hypersécrétion intestinale qu'elles produisent (fausses diarrhées), soit sous l'influence d'un purgatif trop faible qui ne les expulse pas immédiatement, et, les laissant séjourner liquides dans l'intestin, permet à celui-ci de résorber les principes toxiques. De là l'explication toute naturelle de la fièvre et des phénomènes généraux qui se montrent quelquefois chez les constipés, à la suite d'un purgatif ayant donné un résultat insuffisant.

Parmi les phénomènes nerveux qu'on peut considérer comme réflexes, je vous citerai tout particulièrement : la céphalée, les bourdonnements d'oreille, les migraines vulgaires, les névralgies trifaciales et, parfois, chez les enfants, des accidents beaucoup plus graves, comme les convulsions. Il est souvent difficile d'apprécier dans ces cas quelle est la part qu'il convient de faire dans la genèse des accidents à la stercorémie ou à un autre facteur étiologique dont l'importance a été bien discutée depuis quelques années, mais qu'il ne faut cependant pas laisser complètement de côté : l'action réflexe. L'action réflexe d'origine intestinale est évidente en effet ; par exemple dans les accidents de l'helminthiase dont une bonne partie n'est pas, d'après les apparences cliniques, d'origine toxique ; dans ceux qui accompagnent le pincement latéral de l'intestin ; dans les malaises et les coliques qui suivent chez certains sujets l'introduction d'un suppositoire simple au beurre de cacao ou même le toucher rectal (LEUBE, cité par ALBERT MATHIEU, a publié l'histoire d'un malade chez qui le toucher rectal produisait des vertiges).

On a publié des observations de troubles vésaniques, même de crises épileptiformes (J. Ch. Roux) améliorés ou guéris par le traitement de la constipation. Il est, en tout cas, un fait d'observation courante sur lequel tous les praticiens sont d'accord : c'est la nécessité absolue d'éviter la constipation chez les malades atteints de névroses (en particulier d'épilepsie), ou de psychoses (en particulier à forme dépressive), aussi bien que chez ceux qui sont atteints de lésions organiques du système nerveux (paralysie générale, artérites cérébrales), d'insuffisance hépatique ou d'insuffisance rénale.

Le diagnostic de la constipation est d'ordinaire extrêmement simple : il est d'ordinaire fait par le malade lui-même, mais il doit être vérifié par le médecin puisqu'il y a, nous l'avons vu, lors de la définition, des *faux constipés*.



L'examen attentif du malade lui-même et des caractères des évacuations permettra aisément aussi de dépister les *constipés sans le savoir*.

Bien plus important est le diagnostic de la *cause de la constipation* ; car de cette recherche dépend le traitement et son résultat heureux ou malheureux. Or, si les causes de constipation sont extrêmement nombreuses, on peut et on doit les classer en deux catégories, suivant que le symptôme est secondaire ou non à un état pathologique antérieur bien nettement établi. Il y a donc deux espèces de constipation habituelle : la constipation symptomatique et la constipation dite essentielle ou primitive.

La constipation symptomatique reconnaît les origines les plus variées, tantôt faciles à mettre en évidence et tantôt ayant besoin d'être recherchées avec soin. Pour mettre un peu d'ordre dans cette énumération on peut classer les causes selon le mécanisme pathogénique suivant lequel elles interviennent. Cette façon de faire nous permettra de passer sous silence un grand nombre de causes dont l'énumération serait fastidieuse et qui viennent se ranger tout naturellement dans l'une quelconque des divisions de notre tableau. On conçoit, au reste, que certaines causes puissent, selon les circonstances, agir par des mécanismes différents. Ainsi un polype du rectum pourra déterminer de la constipation : 1) par obstacle mécanique au cours des matières ; 2) grâce au spasme qui vient à certains moments s'ajouter à la stase mécanique ; 3) à un stade ultérieur, par suite de la paralysie intestinale consécutive.

a) La constipation peut être symptomatique : d'un obstacle mécanique à la circulation des matières. Ainsi agissent les *compressions extrinsèques* de l'intestin : par exemple celles qui sont provoquées par des brides fibreuses, par des déplacements de l'intestin, par des tumeurs abdominales (fibromes utérins, kystes ou tumeurs de l'ovaire, etc.) ou l'utérus gravide, aussi bien que les *obstructions intrinsèques* résultant de tumeurs de l'intestin lui-même ou des rétrécissements consécutifs à la cicatrisation d'ulcérations produites au cours de la tuberculose intestinale ou de la dysenterie.

b) La réduction du contenu intestinal est la conséquence forcée des rétrécissements organiques ou spasmodiques de l'œsophage et du pylore ; au cours des diabètes ce n'est plus la réduction de la partie solide, mais celle de la partie liquide du contenu intestinal qu'il faut incriminer.

c) La suppression et l'altération de la sécrétion biliaire amène la constipation : d'abord par diminution du contenu intestinal, la quantité journalière de bile excrétée par le foie étant voisine d'un litre ; ensuite par la suppression de l'excitation physiologique que la sécrétion biliaire excite sur la fibre musculaire intestinale. Aussi la constipation se rencontre-t-elle habituellement dans les grandes obstructions biliaires. Bien plus, elle est un phénomène fréquent dans cet état si intéressant que GILBERT et LEREBoullet ont décrit sous le nom de cholémie simple familiale et qui est d'observation journalière.

d) Je dois vous citer encore, pour compléter ce

tableau étiologique, la *paralysie intestinale* qui peut être produite par des maladies fort différentes telles qu'au cours de la péritonite ou de l'appendicite d'une part, ou des lésions médullaires destructives ou non d'autre part.

e) Les *spasmes de l'intestin*, en se formant en un ou plusieurs points du conduit, empêchent les matières de progresser vers l'orifice anal. C'est à des contractions de ce genre que GLÉNARD rattache avec juste raison la constipation des entéroptosiques et les cordes coliques qui en sont le signe palpable ; c'est à elles également que donnent lieu l'intoxication saturnine (colique de plomb) et la fissure à l'anus, cette dernière agissant par voie réflexe. Aussi, dans certaines circonstances, les affections organiques du cerveau et de la moelle, ou bien les névroses et les psychoses.

f) Enfin les fautes habituelles dans l'hygiène générale et alimentaire interviennent souvent dans la genèse de la constipation symptomatique, mais je vous ai déjà entretenu de l'importance de ce facteur à propos des faux constipés.

Quand, à la suite d'un examen minutieux de son malade et d'une enquête étiologique soignée, le médecin n'arrive pas à découvrir une cause nette à une constipation invétérée, il en conclut qu'il a affaire à la constipation essentielle ou constipation habituelle primitive et, il faut bien l'avouer, malgré le nombre des conditions étiologiques variées énumérées plus haut, c'est une conclusion à laquelle en pratique on arrive souvent. La constipation essentielle est donc fréquente.

Mais tout d'abord l'existence de cette forme nosologique est-elle bien indiscutable ? Il est possible, probable même, qu'avec les progrès de la pathologie, la constipation idiopathique considérée comme entité morbide spéciale, disparaîtra de nos livres de pathologie, comme en ont disparu bien d'autres symptômes lictère ou la dyspnée, par exemple, considérés primitivement comme des affections distinctes et ramenées aujourd'hui au rang de simples éléments symptomatiques ; mais il n'en est pas moins vrai qu'à l'heure actuelle il existe un nombre considérable de sujets, dont la maladie ne s'explique par aucune des raisons étiologiques invoquées plus haut et pour qui, jusqu'à nouvel ordre et provisoirement, nous sommes obligés de conserver ce chapitre de la constipation idiopathique.

Il faut au reste avouer que la nature intime de cette entité morbide et ses origines réelles sont encore fort obscures. Pour DUNIN, pour BOUVERET, le syndrome n'est qu'une forme ou, si l'on veut, qu'un symptôme de la neurasthénie. Mais je vous l'ai déjà dit : si presque tous les neurasthéniques sont des constipés, il s'en faut que tous les constipés soient des neurasthéniques.

Le neuro-arthritis serait le seul coupable, s'il faut en croire d'autres médecins ; mais à l'heure actuelle il n'est pas de malade qui ne présente de manifestations de ce neuro-arthritis, lequel a la prétention d'expliquer tant de faits pathologiques.

Il faut toutefois en convenir, car cela est conforme à l'observation clinique, la constipation essentielle est





être, soit secondaire à une affection aiguë ou chronique dont elle constitue l'un des éléments, soit primitive, essentielle, et en apparence non reliée à un état pathologique antérieur : C'est à cette forme seule que s'applique à proprement parler le terme de constipation habituelle. C'est d'elle seule que nous nous occupons ici, et chez l'adulte seulement.

**INFORMATIONS CLINIQUES.** — On peut avec Soupault, définir la constipation, « la rétention et l'accumulation des matières fécales dans le gros intestin, quel que soit leur mode d'évacuation au dehors ». Cette dernière partie de la définition est importante à retenir en pratique, car elle permet au point de vue du traitement de ranger à leur vraie place, à côté des constipés conscients, les constipés sans le savoir.

La constipation peut être horaire (selles rares), quantitative (selles de volume réduit), qualitative (selles dures, sèches) selon les expressions de Lasègue. Ces *constipations dissociées* sont importantes à connaître au point de vue diagnostique, mais elles sont plus rares que la *constipation totale* dans laquelle les selles sont à la fois rares, réduites et dures.

La constipation chronique habituelle aboutit souvent à l'entéro-colite muco-membraneuse; mais ce syndrome clinique, à cause de son importance, mérite une description à part; nous ne nous en occupons pas ici, non plus que de la paralysie intestinale complète ou iléus paralytique, à laquelle pourrait, dit-on, quelquefois aboutir la constipation invétérée.

La constipation habituelle entraîne à sa suite des signes de dyspepsie gastrique plus ou moins accusés. L'appétit est diminué, l'haleine est forte, parfois véritablement fétide, la langue saburrale avec les bords et la pointe souvent rouge ou au contraire étalée, flasque, portant l'empreinte des dents. Il existe à peu près constamment des troubles nerveux, allant de la pesanteur de la tête et de la céphalée simple aux troubles neurasthéniques graves, même à la véritable vésanie. Le mauvais caractère des constipés est connu de tous.

En dehors de ces troubles nerveux qui sont : soit d'ordre réflexe, soit d'ordre toxique, soit à la fois d'ordre réflexe et d'ordre toxique, on peut observer des troubles circulatoires comme les palpitations, des troubles mécaniques comme les hémorroïdes, les compressions pelviennes chez la femme, qui, joints aux troubles précédents, arrivent à déterminer un état général plus ou moins défectueux allant jusqu'aux limites de la cachexie.

Il est impossible, au milieu des multiples variations que créent l'ancienneté du mal, les prédispositions individuelles, la multiplicité des troubles secondaires et les degrés divers de la rétention fécale, de créer des types cliniques répondant à la réalité : **chaque constipé réagit à sa façon.**

L'examen de l'abdomen montre le tympanique, ou bien mou et flasque. d'y trouver tantôt des amas stercoraires, tantôt des boudins intestinaux et surtout des tumeurs sous forme de cordes dures, plâtres, tantôt un intestin mollasse, qui se comprime sous le doigt et plus ou moins gi-

**INDICATIONS PATHOGÉNIQUES**  
états : du ventre, ballonné ou rétracté, ou contracturé, distendu ou rétracté, ou fragmentées, grosses ou petites ; l'absence de contractions intestinales visible spontanées, soit provoquées par de l'admission facile dans l'intestin de la quantité considérable, ou sa révolte après quelques grammes, sont autant de signes qui légalisent la constipation en deux variétés pathologiques : la *constipation atonique*, et la *constipation spasmodique*. Ces deux variétés de constipation nécessitent un traitement différent, on pourrait presque dire inv

A la constipation atonique se rattachent les cas dans lesquels le point de départ semble être une anesthésie de la muqueuse rectale qui devient insensible à la présence des matières fécales et ne réagit plus à leur présence en créant le besoin de la défécation.

**TRAITEMENT.** — Avant d'insister sur le traitement de la constipation chronique se rappeller que le coup plus de constipations symptomatique croit communément, d'où la nécessité d'observer le malade; 2, qu'il est indispensable de distinguer les deux variétés pathogéniques; 3, qu'il n'y a pas de symptôme sans traitement hygiénique soit plus important que le traitement médicamenteux mal dirigé puisse être.

### I. — CONSTIPATION AT

A) Diététique. — Dans la prescription, il faut rappeler qu'il importe d'éviter les aliments **fermentescibles** et capables d'augmenter leur source dans l'auto-intoxication.

**Ce qu'il faut éviter.** — On lui défend le gibier, les coquillages, les crustacés, les légumes (sauf le fromage frais), les poissons, en général, toutes les conserves alimentaires, certaines légumineuses comme les pois, qui augmentent les gaz intestinaux, le riz, les féculents qui, chez quelques malades, ont l'effet purgatif et laissent peu de résidus. On ne peut pas manger de pommes de terre. On déconseillera les fruits astringents, les confitures, les sucreries,



sujets plus rares chez lesquels l'action de la médication est hâtive, ce qui les oblige à se lever la nuit.

b) Dans une seconde catégorie peuvent se ranger les médicaments cholagogues qui agissent indirectement en augmentant la production de la bile, laquelle est, comme on le sait, un excitant physiologique du péristaltisme intestinal.

C'est ainsi qu'agit le **calomel** à petites doses, au moins d'après l'opinion de la majorité des cliniciens, ce petit point de physiologie expérimentale n'étant pas encore tout à fait élucidé.

Calomel à la vapeur . . . . . 0 gr. 02 pour une pilule  
F. S. A. 10 pilules semblables. Une tous les matins, dix jours de suite.

Surveiller la bouche en raison de l'hydrargyrisme possible dans cette médication.

C'est également en partie de cette façon qu'agissent un certain nombre des laxatifs que nous citerons plus loin et certaines eaux minérales naturelles purgatives; mais il faut toujours **se méfier dans le traitement méthodique de la constipation, de l'emploi des purgatifs salins naturels ou artificiels**, et les réserver pour les moments où il est nécessaire de vider l'intestin après une période de constipation prolongée.

c) Plus recommandables sont les agents qui ont la propriété d'agir sur la contractilité des fibres musculaires en général et de celles de l'intestin en particulier.

a) A ce point de vue, chacun connaît l'influence de la **nicotine** sous forme d'une cigarette ou d'une pipe fumée le matin à jeun. La **strychnine**, l'**ergotine** donnent aussi quelquefois des résultats appréciables. On peut les utiliser pures ou plus souvent associées aux purgatifs qui agissent par exagération du péristaltisme intestinal comme le **séné** et la **cascara sagrada**.

Nous conseillons de **laisser complètement de côté l'aloès, la gomme gutte, le jalap**, qui doivent être proscrits du traitement de la constipation habituelle à cause de l'énergie de leur action et réservés pour des indications occasionnelles, de **ne pas prescrire la rhubarbe** qui plus que les autres laxatifs de la série passe pour exagérer la constipation après une amélioration de courte durée. Il faut pourtant savoir qu'à doses faibles, 0 gr. 50 à 1 gr. par jour, ce dernier médicament produit parfois d'excellents résultats.

On peut prescrire par exemple :

Sulfate de strychnine . . . un milligramme (0,001)  
pour un granule. Faire XXX semblables. Trois par jour, un à chaque repas.

Alterner de jour à autre ce médicament avec

Poudre de cascara . . . . . 0 gr. 25 cgr.  
en un cachet. A prendre au repas du soir, un jour sur deux.

La poudre de cascara peut être remplacée par l'extrait à la dose de 0 gr. 10 cgr. par pilule ou la cascarine à même dose. La quantité du médicament peut être augmentée selon

les besoins et la prise répétée tous les jours au lieu d'être prescrite un jour sur quatre jours consécutifs par semaine.

β) Le **séné** donne aussi d'excellents résultats de la poudre de réglisse composé de spécialités réputées. Il est bon qui suivent son emploi, de toujours soigner à l'alcool des follicules de poudre fraîche et active, de poudres magistrales différentes d'un malade moins rapprochées de la suivante

{ Poudre fraîchement préparée de fol  
soigneusement lavés à l'alcool.  
Soufre sublimé et lavé. . . . .  
Poudre de fenouil . . . . .  
Poudre de réglisse . . . . .  
Sucre pulvérisé . . . . .

dont on donne une cuillerée à café les matins chez les sujets qui sont au régime. La dose peut être ajoutée à la formule précédente, de poudre de noix vomique dans un peu de belladone dans la cas ou de la magnésie calcinée comme

d) Aux médicaments précéder ceux qui passent pour être en même temps excitants de la sécrétion intestinale. Sont surtout recommandables le **nyimine**. La cascarine pourrait dans cette classe. On peut prescrire :

{ Podophyllin . . . . .  
Savon médicinal . . . . .  
pour une pilule. Une ou deux chaque jour  
{ Evonymine . . . . .  
Savon médicinal . . . . .  
pour une pilule. Une ou deux chaque jour

Tels sont les principaux médicaments que nous recommandons l'emploi dans le traitement de la constipation atonique, en nous basant sur nos observations. Quand les médicaments précédents ne réussissent pas, on se trouve qu'il faut réunir en des mélanges complexes une formule à l'infini et qui forment de nombreuses plus ou moins en vogue.

Il ne faut jamais oublier l'importance des soins suivants : 1) le **traitement diététique** qui doit toujours avoir le pas sur le traitement médicamenteux ; 2) les **médicaments doivent toujours être donnés à dose faible, tonique**, pour ne pas nuire à la contractilité musculaire déjà défaillante ; 3) **l'intérêt, pour le malade, à ne pas interrompre l'usage d'un médicament d'un coup** ; 4) **il faut y revenir ensuite, de façon à éviter**



On autorisera aussi les potages au bouillon bien dégraissé qu'on pourra corser avec des farines d'orge, d'avoine, de tapioca et additionner, pour activer les contractions stomacales, de peptone, en évitant les grosses doses qui fermentent facilement.

Les graisses permises aux atoniques seront défendues aux spasmodiques, sauf le beurre frais qui est le plus souvent bien supporté.

L'interdiction du vin pur, des liqueurs, du café, du thé, du lait pur et complet, sera absolue. La boisson la meilleure pour ces malades est sans contredit l'eau ordinaire pure. En cas de dénutrition avancée on peut lui préférer passagèrement le képhir, le lait écrémé ou coupé d'eau, le petit lait, ou encore, en cas de paresse gastrique absolue, une infusion chaude de tilleul. Quand le malade va mieux, l'eau peut être coupée de moitié bière du Nord légère et jeune non acide, ou d'un quart de bière de malt.

Les malades atteints de constipation spasmodique se trouveront mieux de petits repas répétés que des trois grands repas habituels.

### B) Modificateurs hygiéniques et agents physiques.

— A l'encontre de ce qui se faisait dans la forme atonique, c'est surtout une action calmante, sédative pour le système nerveux central, et l'appareil neuro-musculaire intestinal, qu'il faut chercher.

a) L'hydrothérapie est donc indiquée au premier chef; mais c'est à l'**hydrothérapie tiède** qu'on aura exclusivement recours, sous forme soit de douches, soit de bains courts et fréquents. Toutefois, dès que cela sera possible, on fera suivre la douche tiède d'un jet froid très court, en ayant soin d'éviter absolument le ventre, pour obtenir un effet toni-sédatif. Le bain tiède sera de même suivi d'une friction froide ou d'une friction alcoolisée.

β) Localement, l'action sédative de la chaleur sera utilisée humide, sous forme de **cataplasmes** qui seront gardés toute la nuit ou bien sous forme d'ouataplasmes, ou de compresses imbibés d'une solution antiseptique légère, telle que l'eau boriquée. Toutefois, ces applications sont plus difficiles à garder toute la nuit et, quand le malade supporte le poids du cataplasme, c'est le moyen qui réussit le mieux. Interposer toujours un linge propre, fin, entre le cataplasme et la peau. La chaleur sèche peut être utilisée sous forme de **sacs de sable** ou de son, très appréciés d'autres patients.

γ) Le **massage vibratoire** seul trouve son indication dans la constipation spasmodique. Il peut être fait soit avec la main, soit avec les appareils spéciaux ; il ne faut le confier qu'à un médecin. Le massage ordinaire du ventre et la gymnastique suédoise sont contre-indiqués.

2) Il ne faut également avoir recours qu'avec la plus grande prudence à l'électrothérapie, bien que les douches statiques et les courants à haute fréquence paraissent avoir donné quelques rares succès.

c) Les prescriptions d'hygiène générale, au travail intellectuel, aux divers sémalade, doivent toujours être guidées p d'éviter toutes les causes d'excitation ner en tout l'action toni-sédative fondamenta

**C) Agents médicamenteux.** — a) Dans la constipation atonique, mais à plus grande redoublant de précautions, on peut recourir à des agents mécaniques : graine de psyllium, grains de lin, qui augmentent la contractilité réflexe du colon par l'ingestion d'amandes douces, huile d'olives et mélanges laxatifs, telles que l'huile de ricin ou les purgatives, telles que le podophyllin ou l'évonymine. Les médicaments dont l'action sur la fibre musculaire est énergique, et qui déterminent parfois des spasmes, doivent toujours être associées à la jusquiame, de même que la cascara et les autres, doses également, peuvent avoir un effet

β) Les **laxatifs sucrés** qui sont d'usage en médecine des enfants, tels que la manne, ont pour but de rendre des services aux adultes dans les cas de constipation. On peut prescrire

Manne en larmes . . .  
dans du café au lait chaud au premier déjeuner

γ) Mais les médicaments de choix sont les antispasmodiques et particulièrement deux d'entre eux : le **jusquiambe**, bien qu'ils passent pour des excitateurs de la fibre musculaire lisse, et le **belladone**. On essaye de les prescrire seuls sous forme de pilules, à chaque repas, en les adjoignant au traitement diététique. La formule de Trousseau est

Extrait de belladone . . . . .

Poudre de belladone . . . . . "

une à quatre pilules par jour, soit aux repa

Extrait aqueux de jusquiame . . .

**Poudre de jusquiame . . . . .**

une a cinq pilules par jour, soit aux repas,

Plus souvent on se trouve mieux (quelconque des laxatifs, que nous avons). Il nous paraît inutile de reproduire à formules déjà données plus haut.

**D. Lavements.** — Les lavements qu'on a obtenus, dans la constipation, sont incontestablement les **lavements huileux** à considérer comme presque spécifiques de la constipation. Nous les prescrivons de deux façons : un lavement de 400 gr. d'huile d'olives tiède introduit dans le rectum à l'aide d'un tube de caoutchouc de 20 à 25 centimètres de long, jusque dans le colon sigmoïde, le matin, au réveil, dans le décubitus latéral, et aussi longtemps que possible ; après ce lavement, un lavement évacuateur simple est donné, et, si le malade ne va pas bien, ce qui vaut mieux dans le traitement de la constipation.



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; Barrois, professeur de parasitologie ; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; Carlier, professeur de pathologie externe ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé ; Guérin, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Kéraval, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; Looten, médecin des hôpitaux ; Manouvriez (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; Surmont, professeur de pathologie interne et expérimentale ; Verdun, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX : Sur un cas de sclérodémie symétrique diffuse, par le docteur E. Bertin. — SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD : Séance du 25 mai 1902. — BIBLIOGRAPHIE. — NOUVELLES ET INFORMATIONS.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Sur un cas de sclérodémie symétrique diffuse (1)

par le docteur E. Bertin, ancien interne des hôpitaux de Lille

Pendant notre internat dans le service de M. le Professeur CHARMEIL, à l'Hôpital Saint-Sauveur, nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas assez caractéristique de sclérodémie progressive diffuse. La maladie a depuis lors évolué, presque sous nos yeux, et quand nous avons revu le sujet, il y a peu de temps, il se présentait comme un type à peu près classique de cette affection.

Il n'était pas sans intérêt de rapporter cette observation d'une maladie qui, sans être tout à fait rare, n'est pas extrêmement fréquente. Il nous a paru en même temps utile de rappeler en peu de mots, à propos de malade, sous quelles formes peut se présenter la sclérodémie, quels en sont les symptômes, ce que nous connaissons de son étiologie et de sa pathogénie, quelle est la thérapeutique qu'on peut lui opposer. Nous voudrions en un mot mettre au point cette question en résumant aussi brièvement que possible l'état actuel de nos connaissances sur elle.

Mais auparavant, il est nécessaire de limiter notre sujet

et de préciser ce qu'il faut entendre par sclérodémie. Car si l'on s'en tient au sens étymologique du mot, on doit grouper sous ce nom toutes les maladies caractérisées par une hypertrophie du tissu conjonctif. C'est faire rentrer dans le même cadre des affections totalement différentes, le sclérème des nouveau-nés, la sclérodémie œdémateuse, la sclérodémie progressive chronique d'emblée, les morphées et les sclérodémies localisées, etc..., affections qui ne présentent entre elles que quelques ressemblances histologiques et que la clinique a nettement séparées.

BESNIER et DOYON (1) ont les premiers insisté sur l'impossibilité de s'en tenir à la définition histologique pour grouper les sclérodémies, et, se basant sur la clinique, ils distinguent :

A. *Les sclérémies*, sclérémie des adultes, sclérodémie œdémateuse de HARDY, sclérose aiguë ou subaiguë de la peau, massive, évoluant d'emblée à la manière des œdèmes.

B. *Les dermato-scléroses localisées partielles*, systématisées ou non, comprenant la morphée, les dermato-scléroses en plaques, bandes, stries, etc...,

C. *La sclérodémie progressive chronique d'emblée*, maladie générale, ayant pour localisations cutanées des scléroses régionales plus ou moins étendues et multiples, symétriquement développées — face, membres, extrémités (sclérodactylie de BALL) — et comportant des localisations extra-cutanées multiples, musculaires, osseuses, splanchniques.

Plus rigoureuse est la division de BROcq, qui distingue :

A. *Des sclérodémies secondaires*, consécutives à des inflammations répétées, à des œdèmes chroniques, etc...,

(1) BESNIER et DOYON. Annotations du Traité de Kaposi, T. II, p. 92.

(1) Mémoire de candidature, à la Société centrale de Médecine du Nord.



éphantiasis, et décrites  
dermites ou scléroder-

maladie du premier âge,  
apport avec l'athrepsie.  
topathiques, qui se divi-

diffuses, dans lesquelles  
*luse progressive.*

, qui se divisent en :  
en plaques proprement

est tout un groupe de  
ocq donne le nom de  
iques, qui se distinguent  
optômes, leur marche,  
s éliminerons donc de  
ache pas à cette entité  
s sclérodermies secon-  
nés, et nous ne nous  
ies primitives, diffuses

LIBERT décrivit pour la  
mie, l'affection qui nous  
ai, HELVETIUS en 1678,  
ient signalé des cas de  
ètement ignorée à cette  
e M. MARTY, HIPPOCRATE  
rvations assez précises,  
tous les symptômes de  
le nom de sclérodermie.  
r que revient l'honneur  
ence dissemblables, d'y  
bservations personnelles  
é morbide à laquelle il  
lescription qu'il nous en  
ii.

rivit à son tour sous le  
l'affection désignée par  
ie ; et quelques années  
t en recueillir dix-huit

it mieux connue, les cas  
plus récents ont pu en  
ans la science). Aussi,  
gnaler tous les travaux  
s contenterons de rap-  
ue, ceux qui nous ont

Les premiers essais pathogéniques sont dus à HORTÉLOUP (1863) qui croit pouvoir conclure de ses recherches que l'affection est d'origine centrale. A l'étranger, ADDISON, KOBNER, NEUMANN cherchent à leur tour à élucider cette question de l'origine de la maladie. A peu près à la même époque, MIRAULT d'Angers, VERNEUIL étudiaient les lésions anatomiques, à peu près inconnues jusqu'alors ; leurs travaux sont repris par LAGRANGE (1) en 1874, qui étudie principalement les lésions du système nerveux, mais n'ose affirmer d'une façon absolue l'origine nerveuse de la maladie.

A côté des travaux anatomiques et pathogéniques, nous trouvons, tant en France qu'à l'étranger, de nombreuses recherches cliniques qui établissent la symptomatologie. En Angleterre, ce sont les recherches d'ADDISON, d'ERASMUS WILSON, de TILBURY FOX, qui s'attachent à décrire les sclérodermies localisées et en font une entité morbide spéciale, à laquelle ils donnent le nom de morphea alba. En France, en 1880, M. BESNIER (2) étudie dans les Annales de dermatologie les différentes sortes de scléroses cutanées. Il établit des formes cliniques, sépare les sclérodermies proprement dites des scléroses cutanées, les morphées et autres manifestations locales de ce qu'il appelle la « maladie sclérodermique ». A peu près à la même époque, M. LEROY (3), dans sa thèse d'agrégation, cherche à montrer que les lésions siègent dans le système nerveux central ; SCHMEIMER, SCHUTZE soutiennent également la théorie nerveuse.

En 1883, deux thèses sont soutenues à Paris : celle de COLLIN (4) et celle de BOUTTIER (5), qui résument la question et dans lesquelles on trouve 268 observations de sclérodermie.

Nous signalerons encore la thèse de MERY (6), en 1889, qui reprend la théorie vasculaire et apporte à l'appui de son opinion de nombreuses observations anatomiques, dans lesquelles il signale l'existence d'endo-péri-artérite.

Peu à peu, la question sort du domaine dermatologique pur pour entrer dans celui de la neuro-pathologie. THIBIERGE (7) montre que les lésions musculaires et viscérales peuvent survenir au cours de la sclérodermie. M. ARNOZAN (8) trouve dans une autopsie des lésions de la moelle. M. JEANSELME (9) signale les rapports de l'affection avec d'autres maladies nerveuses, le goitre exophtalmique, le myxœdème, la syringomyélie. M. RAYMOND (10) fait à la

(1) LAGRANGE, Thèse de Paris (1874).

(2) BESNIER, Annales de Dermatologie (1880).

(3) LEROY, Thèse d'agrégation, Paris (1883).

(4) COLLIN, Thèse de Doctorat, Paris (1886).

(5) BOUTTIER, Thèse de Doctorat, Paris (1886).

(6) MERY, Thèse de Paris (1889).

(7) THIBIERGE, Annales de Dermatologie, 2<sup>e</sup> série, 2, x, page 273.

(8) ARNOZAN, Congrès international de dermatologie, 1889.

(9) JEANSELME, Sur la coexistence du goitre exophtalmique et de la sclérodermie. 1895.

(10) Cliniques de RAYMOND, 5<sup>e</sup> série.

Salpêtrière une clinique dans laquelle il soutient l'origine nerveuse. M. BRISAUD (1), dans ses Leçons, se fait également le défenseur de la théorie nerveuse.

Signalons, enfin, à l'étranger, l'important travail de MM. Georges LEWIN et Julius HELLER (2), qui apportent 308 observations de sclérodémie ; celui de MARIANELLI, qui renferme six cas inédits ; l'étude de VOLTERRA, sur l'anatomie pathologique.

Il nous faudrait encore mentionner les observations parues dans les différentes publications scientifiques (DANLOS, HALLOPEAU, TENNESON) etc., mais cette énumération nous mènerait trop loin, et nous préférons renvoyer au travail de M. MARTY (3), dans lequel on trouvera une bibliographie complète de la question.

**Symptomatologie.** — Pendant longtemps, on a réuni en une même description les différentes formes de sclérodémies, qu'elles soient localisées et bénignes, ou qu'elles soient généralisées, progressives, s'accompagnant de lésions viscérales graves. La connaissance plus approfondie des faits a établi une différence clinique très nette entre ces deux formes, et l'on distingue aujourd'hui :

A) Les *sclérodémies localisées*, affections bénignes, exclusivement locales, ayant une tendance régressive, n'ayant aucun retentissement sur la vie du malade.

B) La *sclérodémie progressive*, se distinguant d'abord par ses localisations cutanées multiples et étendues, se distinguant surtout par ses manifestations extra-cutanées, musculaires, osseuses, splanchniques, qui en font une maladie générale plutôt qu'une lésion locale.

A) **SCLÉRODÉMIES LOCALISÉES.** — En une région quelconque du corps apparaît une lésion le plus souvent arrondie, dont les dimensions varient entre celles d'une pièce de cinq francs et celles de la paume de la main. Indolore, le plus souvent ignorée du malade quand elle ne siège pas sur une région découverte. Elle présente une coloration variable, tantôt rouge, purement congestive, ou plus pâle, de teinte mauve ou lilas. Bientôt la sclérose apparaît, et la plaque prend alors son aspect caractéristique : elle est lisse, souvent déprimée, recouverte d'un épiderme finement squameux, d'un blanc d'ivoire, quelquefois brillante, comme vernissée. Autour de la plaque se dessine un anneau plus foncé, de teinte lilas (lilac-ring des auteurs anglais) dû aux troubles vaso-moteurs péri-sclérosiques. Au toucher, elle donne une sensation toute particulière : la peau présente une dureté ligueuse et paraît collée aux parties sous-jacentes ; elle est rigide et froide « comme celle du cadavre congelé. » La lésion est absolument indolore ; les sensations diverses y sont conservées ; après les piqûres d'aiguille, on

voit sourdre le plus souvent de la sang.

On peut observer, au lieu des plaques décrites, des traînées de tissu sclérotisé (bandes) présentant tous les caractères ; parfois ces bandes prennent une forme l'avant-bras à la manière d'un bracelet, ou elles simulent les vergetures, où elles simulent les vergetures.

Un point mérite d'attirer toute l'attention, parce qu'il aura une grande importance dans l'étude de la pathogénie : c'est le siège des lésions localisées. Le plus souvent, les plaques se localisent en un point quelconque du tronc et aux membres supérieurs de toute loi anatomique. Mais il n'en est pas toujours ainsi : des cas assez nombreux ont été signalés où la maladie s'est localisée le long d'un nerf, ou d'une manière d'un zona. COLCOTT FOX a noté une sclérodémie en bande étendue le long du nerf saphène interne ; dans un cas, les bandes siégeaient sur le trajet du brachial ; KAPOSI (2) a noté une sclérodémie des doigts et M. BESNIER a déposé au musée de (pièce n° 1.055) le moulage d'une sclérodémie du moignon de l'épaule à la face dorsale des doigts du membre supérieur gauche. On observe un enfant de 6 ans, dont la sclérose siège au niveau de la clavicule et se termine au pied, était développée uniquement sur le corps. On a encore signalé la présence de la sclérodémie sur le trajet du nerf frontal et des branches du trijumeau. Nous pourrions d'ailleurs multiplier ces exemples de localisations de la sclérodémie sur le trajet

Autre particularité intéressante : celle des lésions. Il n'est pas rare de trouver des plaques de sclérose, des taches plus ou moins foncées, ponctuées, analogues à quelquefois un anneau entourant la plaque, fait plus curieux, ces pigmentations se trouvent sur la peau saine, dans le voisinage des plaques, dans les régions jusqu'alors indemnes. On les appelle mélanodermiques plus ou moins étendues ; parfois la plaque elle-même présente son pigment normal, et l'aspect général est celui d'un vitiligo assez étendu. En même temps que dans les cas de sclérodémie diffuse (sclérodémie), il peut survenir une mélanodermie ; les sujets prennent une teinte bronzée, et ceci en l'absence de tuberculose ou des capsules surrénales. Q

(1) BRISAUD, Leçons sur les maladies nerveuses, 1899.

(2) LEWIN et J. HELLER, De la sclérodémie, 1895.

(3) MARTY, Thèse de Toulouse, 1895.

(1) HALLOPEAU, Bulletin de la Société de dermatologie.

(2) KAPOSI, Traité des maladies de la peau.



Pour terminer ce chapitre, nous ne saurions mieux faire que de rapporter le cas que nous avons observé, et qui nous paraît être un type à peu près classique de sclérodémie.

**OBSERVATION.** — M<sup>me</sup> V...; Marie, âgée de 46 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur, salle St-Henri, n° 17, le 14 avril 1902.

C'est une femme de constitution robuste. Régliée à 16 ans, très régulièrement, elle eut deux enfants, l'un à l'âge de 20 ans l'autre à l'âge de 23 ans. Elle n'a plus été enceinte depuis cette époque. A l'âge de 28 ans, sous l'influence d'une violente émotion, ses règles disparaissent brusquement; elles n'ont pas réapparu depuis. Dès lors, la malade a cessé de se bien porter. Quelques années plus tard, à l'âge de 34 ans, elle est prise d'un rhumatisme articulaire aigu; on la soigne pendant trois mois à l'hôpital Saint-Sauveur, puis tout rentre dans l'ordre, et elle ne ressent plus que de vagues douleurs de temps à autre dans les articulations. Un traumatisme, survenu il y a neuf ans, pendant son travail, a nécessité l'amputation de l'index; les renseignements qu'elle nous fournit à ce sujet sont obscurs; la suppuration aurait duré 7 ans, sans occasionner de douleurs. Il est probable que le traumatisme n'a joué ici qu'un rôle secondaire, et que la malade a été atteinte d'un panaris. Notons enfin, pour énumérer tous ses antécédents personnels, qu'elle a été soignée il y a trois ans pour un ulcère de la jambe droite, siégeant au niveau de la malléole interne; l'ulcération est complètement cicatrisée aujourd'hui, mais elle a été remplacée par un autre ulcère, du côté opposé, absolument symétrique, que la malade porte encore aujourd'hui. Des varices assez volumineuses siègent sur les deux membres inférieurs.

Les antécédents héréditaires de notre malade ne sont pas très chargés. Son père est mort, à l'âge de 82 ans, d'une attaque d'apoplexie. Il était très nerveux, nous dit la malade, et avait des habitudes d'alcoolisme. La mère, âgée aujourd'hui de 80 ans, est encore vivante et se porte très bien; elle est seulement très nerveuse.

La malade a eu 4 frères et sœurs. Un de ses frères est mort, à l'âge de 39 ans, de tuberculose pulmonaire; les trois autres sœurs sont bien portantes, mais, comme les autres membres de la famille, extrêmement nerveuses. Aucune n'a manifesté d'accidents hystériques bien nets.

Un seul de ses enfants vit encore. Il est aujourd'hui âgé de 23 ans et se porte très bien; il n'a présenté aucun signe de dégénérescence. Une fille est morte, à l'âge de quatre mois, de gastro-entérite.

En résumé, nous notons dans les antécédents personnels de la malade un rhumatisme articulaire aigu; — un panaris probable; — un léger degré de nervosisme. Dans ses antécédents héréditaires, aucune tare pathologique, sauf l'alcoolisme paternel; pas de grands accidents nerveux dans la famille.

L'histoire de la maladie est très difficile à établir; la malade confond les troubles qu'elle ressent aujourd'hui dans les membres supérieurs avec ceux du rhumatisme articulaire dont elle a été atteinte. Elle affirme avoir toujours ressenti des douleurs dans les mains et les avant-bras depuis cette époque; quant aux modifications de la physiologie, elle ne s'en est aperçue que lorsqu'on les lui a fait remarquer, pendant son premier séjour à l'hôpital. Les mains se sont déformées petit à petit, nous dit-elle, sans autres sensations qu'un refroidissement assez considérable, qui la forçait souvent à s'envelopper de flanelle. De temps à autre survenaient des crises très nettes d'asphyxie locale des extrémités, et pendant les différents séjours de la malade dans le service, nous avons pu les constater

plusieurs fois: les doigts prenaient devenaient complètement froids; 1 heures, puis le membre reprenait malade se plaignait en même temps traumatisme produisait sur les ma longue à se guérir; on trouve en el la face dorsale des phalanges et au petites cicatrices assez nombreuses encore l'apparition d'un panaris, t matique, ayant nécessité l'amputa droite. L'état général est resté petits incidents, l'affection a suivi insidieuse, se développant presque 14 avril 1902, la malade se présen service pour un ulcère de jambe, q malléole interne gauche. Nous cons suivants:

Aux avant-bras, la sclérodémie dernier séjour à l'hôpital; la peau rente aux parties sous-jacentes just ce niveau, on peut encore arriver poignet et surtout à la paume de la lument impossible. Les doigts sont en forme de griffe; la flexion est auriculaires, moins accentuée au phalangette est fléchi sur la phala sur la main. La main est restée dan La phalangette de l'index gauche es nuée de longueur; les phalange paraissent également atrophiées. L atrophiés; les mouvements de flex mouvements de pronation, de supi assez limités. On n'observe pas d'at thénar et hypothénar. Sur la face niveau des plis articulaires, on trou les phalanges des petites cicatrices tres de diamètre. La sensibilité à l sur les avant bras. La sensibilité paraît être légèrement émoussée; o sensation de froid assez vive. Maigr malade continue à faire quelques ti elle se plaint d'être beaucoup moins:

Au visage, les lésions sont moins: bras, très nettes cependant. La p amincie, luisante, et paraît collée à également assez aminci et effilé; il tions des narines. L'orifice de la bo nué, mais on observe sur les lèvres longitudinaux. Aux pommettes la rétractée sur les membres inférieur thorax, on ne trouve aucune trace d normale et se laisse plisser très fac

La sensibilité est normale sur tou Les réflexes sont conservés, sauf le 1 est à peu près abolie. Pas de troubles

On n'observe pas de déformation brale. Pas de goître, aucun symj Basedow.

La malade se plaint de quelqu anorexie, vomissements alimentaires organes sont normaux; le cœur e régulier.

L'intelligence est conservée, sans depuis le premier séjour à l'hôpital.

L'état général est stationnaire. La a beaucoup maigri, il y a dix ans, m restée bonne; la maladie dont elle e sionne qu'une infirmité assez légère, assez peu.

**Étiologie.** — Sans être d'une extrême rareté, la sclérodermie n'est pas une affection fréquente. En l'espace de ans, 10 cas en ont été observés par MM. LEWIN et JULIUS LLER à la Clinique de Mulhouse ; pendant le même espace de temps, 18.000 malades atteints d'affections diverses de la peau (syphilis mise à part) avaient été guéris au même hôpital. On peut donc dire d'une façon approximative que la sclérodermie ne se rencontre qu'une fois environ sur 1.800 maladies de la peau.

D'après la même statistique, 191.796 malades se sont présentés au même hôpital pendant le même espace de temps, c'est-à-dire que la sclérodermie s'est observée en moyenne une fois sur 18.000 cas de maladies générales.

Le sexe paraît avoir une grande importance dans l'étiologie de la maladie. Sur 431 cas observés, on trouve seulement 139 hommes, pour 292 femmes. C'est dire que la sclérodermie est environ deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

L'âge paraît aussi avoir quelque influence sur le développement de l'affection. Assez rare pendant l'enfance, la maladie augmente de fréquence de 20 à 30 ans, pour atteindre son maximum de 30 à 40 ans. Puis elle devient beaucoup plus rare et on ne l'observe guère après 50 ans. D'ailleurs le tableau suivant, dressé d'après les statistiques de la clinique de Mulhouse, permettra d'apprécier l'influence de l'âge mieux que de longues énumérations de chiffres.

Age des malades	Nombre de cas pour 100
de 0 à 10 ans . . . . .	35
10 à 20 » . . . . .	65
20 à 30 » . . . . .	85
30 à 40 » . . . . .	100
40 à 50 » . . . . .	70
50 à 60 » . . . . .	25
60 à 70 » . . . . .	15
70 à 75 » . . . . .	5

Le rôle des professions, des nationalités paraît être nul. En ce qui concerne l'influence des antécédents morbides, la question reste encore assez obscure, faute de documents. D'après MM. Georges LEWIN et JULIUS HELLER, on trouve dans le passé des malades les accidents les plus divers : sur 197 cas, on note 53 fois le refroidissement ; 29 fois des eczémas et accidents inflammatoires divers ; 24 fois, le rhumatisme articulaire ; 15 fois seulement, des maladies nerveuses, l'hystérie, la chorée, etc.

Nous insisterons particulièrement sur ce fait, que le rhumatisme articulaire, auquel certains auteurs attribuent un rôle prépondérant dans l'étiologie, se retrouve à peine dans 1/8 des cas ; — que les maladies nerveuses se retrouvent bien moins souvent encore, et le plus souvent on ne cite que des causes banales, telles que le refroidissement, les troubles menstruels, l'alcoolisme, etc.

Toutefois, si rigoureuse que paraisse être à première

vue la statistique de LEWIN et J. HELLER, elle nous semble avoir été dressée parfois dans des circonstances assez défavorables. En ce qui concerne les maladies nerveuses, par exemple, elle ne fait mention des accidents survenus ni chez les ascendants, ni chez les collatéraux, ni chez les descendants — lacune des plus regrettables, à notre époque, où la théorie nerveuse compte des partisans de plus en plus nombreux. Pour la tuberculose, le nombre des cas signalés est de 6 sur 197 malades : chiffre évidemment inférieur à la moyenne, alors que le nombre des cas signalés de malaria est de 7. Des maladies infectieuses, grippe, fièvre typhoïde, diphtérie, etc., il n'est même pas fait mention. Il serait cependant intéressant de rechercher ce facteur étiologique dans les antécédents des malades, ce qui jusqu'à présent n'a pas encore été fait.

En résumé, l'étiologie de la sclérodermie est encore assez peu connue : nous savons qu'elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, qu'elle se présente surtout dans l'âge moyen de la vie ; quant aux causes qui précèdent son apparition, nous les ignorons à peu près complètement, et de nombreuses recherches sont nécessaires sur ce point.

**Pathogénie.** — Depuis les premières recherches de HORTELOUP et de LE BRETON, de nombreuses théories ont été émises pour expliquer la pathogénie de la sclérodermie ; les différents éléments du derme, les lymphatiques, les vaisseaux, les nerfs furent tour à tour incriminés ; on rechercha la cause de la maladie dans une lésion du système nerveux central, dans des prédispositions pathologiques du sujet, etc... Nombre de ces théories ont été complètement abandonnées, et nous ne les signalerons que pour mémoire ; deux seulement ont pris de nos jours une importance capitale : la théorie vasculaire et la théorie nerveuse. Nous nous attacherons à en exposer les arguments et à montrer les points qu'elles n'arrivent pas à élucider suffisamment.

**1<sup>re</sup> Théorie lymphatique.** — Elle fut émise par RASMUSSEN et HEBRA, qui se basaient sur une autopsie de sclérodermie dans laquelle HELLER avait trouvé une oblitération du canal thoracique. L'expérience a montré depuis que les lymphatiques restent indemnes dans la sclérodermie vraie ; il s'agissait évidemment, dans l'observation de HELLER, d'une variété d'éléphantiasis, et la théorie fut bientôt abandonnée par ses auteurs eux-mêmes.

**2<sup>e</sup> Théorie lépreuse.** — M. GRASSET, au Congrès pour l'avancement des sciences en 1879, avait formulé le premier cette opinion qu'il n'y a aucune différence tranchée entre la lèpre et la sclérodermie ; M. ZAMBACO reprit plus tard la question, et essaya de réunir la sclérodermie et la maladie de RAYNAUD sous le nom de léprose, en les considérant comme des formes atténuées de la lèpre.

M. HALLOPEAU attaque cette théorie, en faisant remarquer très justement qu'il existe dans la lèpre maculeuse des altérations de la sensibilité qu'on ne retrouve pas dans la sclérodémie ; la consistance ligneuse de la morphée ne se retrouve pas dans la lèpre. Enfin, M. JEANSELME a pratiqué des examens de peau et de nerfs, sans retrouver le bacille de HANSEN. La théorie lépreuse fut abandonnée assez rapidement, et elle ne compte plus guère de partisans aujourd'hui.

3<sup>e</sup> *Théorie rhumatismale*. — Il n'est pas rare de rencontrer dans les antécédents des sclérodémies, le rhumatisme articulaire. Chez notre malade, en particulier, les premiers phénomènes de sclérodactylie ont été précédés d'un rhumatisme articulaire aigu. Mais cette affection est loin de se retrouver avec une régularité constante dans les antécédents ; aussi, sans lui refuser toute action dans la pathogénie, est-on forcé d'admettre qu'elle est incapable de produire à elle seule les lésions sclérodémiques. Peut-être joue-t-elle le rôle d'une cause d'appel ? Cette hypothèse, à laquelle se rallie M. BESNIER, n'est pas encore suffisamment démontrée.

4<sup>e</sup> *Théorie thyroïdienne*. — LEUBE, KÖHLER, JEANSELME, BEER, RAYMOND ont signalé la coexistence de la sclérodémie et du goître exophtalmique. SINGER et BEER ont vu la maladie coïncider avec une atrophie du corps thyroïde. Malgré ces observations, il serait peut-être imprudent d'admettre que la sclérodémie est liée à des altérations du corps thyroïde. Comme le fait remarquer M. THIBIERGE, il est plus vraisemblable d'admettre que la sclérodémie et le goître coïncident parce qu'ils sont produits par un même trouble nerveux ; il ne convient pas de voir dans cette coïncidence une relation de cause à effet.

5<sup>e</sup> *Théorie vasculaire*. — Cette théorie repose sur un fait anatomique d'une incontestable exactitude : l'histologie a démontré que les vaisseaux des régions envahies par la sclérodémie sont atteints d'endo-péri-artérite. C'est en se basant sur cet argument que M. VIDAL a émis le premier, en 1873, la théorie vasculaire : l'endo-péri-artérite produit une asphyxie locale, par arrêt de la circulation dans le derme ; de cette asphyxie part le processus de sclérose cutanée. BABÈS, GOLDSCHMIDT, RADCLIFFE CROCKER, MEYER en ont à leur tour publié des observations intéressantes, suivies d'autopsies. Mais le travail le plus important est celui de M. MERY (1), qui met en évidence non seulement les lésions vasculaires du derme, mais aussi celles des viscères, des poumons, des reins, du cœur, lésions dont la nature était ignorée jusqu'alors. Il montre en outre que les lésions vasculaires se retrouvent d'une façon constante, et que leur présence est bien plus fréquente que celle des lésions nerveuses périphériques, qu'on ne

retrouve que par exception. Malgré ces faits assez probants, nous allons voir que la théorie vasculaire ne suffit pas à expliquer la totalité des faits ; un autre facteur, d'une importance indiscutable, doit entrer en ligne de compte : c'est le système nerveux.

6<sup>e</sup> *Théorie nerveuse*. — Emise pour la première fois par M. HALLOPEAU, l'hypothèse de l'origine nerveuse de la sclérodémie a gagné depuis cette époque de nombreux partisans. Dans ces dernières années les auteurs les plus autorisés parmi lesquels il nous suffira de citer les noms de THIBIERGE (1), d'ARNOZAN (2), de JEANSELME (3), de RAYMOND (4), s'en sont faits les défenseurs.

Les arguments invoqués sont de deux sortes : les uns sont tirés d'autopsies dans lesquelles on a trouvé des lésions du système nerveux central ou périphérique ; les autres sont basés sur l'étude clinique, sur l'analogie que présente la sclérodémie avec d'autres maladies nerveuses, sur la coexistence de troubles variés du système nerveux.

Il faut reconnaître que les arguments tirés de l'anatomie pathologique sont encore assez peu concluants. LAGRANGE, en 1874, avait trouvé une altération des nerfs périphériques ; CHALVET avait noté une sclérose des cordons postérieurs, SCHULTZ et BRUNSWICK des altérations des racines antérieures. Mais les deux cas les plus intéressants sont rapportés par RECKLINGHAUSEN : dans une des observations, il note la segmentation de la myéline, la formation de cellules granulo-graisseuses et l'exagération du nombre des fibres nerveuses nues sans myéline. Dans la seconde, il trouve les nerfs très riches en fibres pâles, sans myéline ; à côté de ces fibres pâles, il note sur un assez grand nombre de tubes nerveux la dégénérescence vallérienne ; au membre inférieur, plusieurs nerfs ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse. Dans une autopsie rapportée par M. MÉRY, l'examen histologique permet de constater l'atrophie des nerfs, la dégénérescence avec segmentation de la myéline en boules.

On voit que les observations connues jusqu'à présent sont insuffisantes pour établir la théorie nerveuse. Les arguments tirés de l'étude clinique sont plus nombreux et plus probants. C'est d'abord l'état névropathique des malades. Il est fréquent d'observer chez les ascendants, des névroses, hystérie, épilepsie, etc. ; les malades sont eux-mêmes d'une nervosité extrême, allant depuis les troubles du caractère jusqu'aux accidents de grande hystérie ; — on voit souvent la maladie survenir à la suite d'émotions violentes, de chagrins, etc.

Mais ce ne sont là qu'arguments de peu de valeur, et les partisans de la théorie nerveuse en font valoir d'autres

(1) THIBIERGE, Revue de médecine, 1890.

(2) ARNOZAN, Congrès international de dermatologie, 1889.

(3) JEANSELME, Sur la coexistence du goître et de la sclérodémie, 1890.

(4) Cliniques de RAYMOND, 5<sup>me</sup> série.

(1) MERY, Thèse de Paris, 1889.

début et au cours de la  
out à fait comparables à  
ines maladies nerveuses :  
contractures musculaires ;  
sécrétion sudorale, hyper-  
bles circulatoires divers,  
lissement et de froid.

ar M. JEANSELME rentrent  
adies nerveuses, de même  
e, les panaris, dont notre  
robant.

er avec certaines maladies  
ISELME ont signalé des cas  
: le goitre exophtalmique ;  
sont également rencontrés  
-il pas très légitime d'ad-  
ies existent chez le même  
tes deux sous l'influence

nontre assez, dans certains

La disposition symétri-  
e dans les sclérodermies  
les lésions peuvent siéger  
la manière du zona, ou  
nerf radiculaire (West,

n particulier la dernière,  
système nerveux est très  
rodermique. Mais malgré  
ore obscurs. Les lésions  
es troubles nevro-trophie  
e est-elle primitive et com-  
aires ? Il n'est pas impos-  
bservée dans les régions  
s les « vasa nervorum »  
des nerfs périphériques,  
révrites syphilitiques par  
ait la cause du processus  
, comme le pensent Bes-  
les ne peuvent-elles pas

pathogénie des scléroder-  
te que nous savons, c'est  
tainement un rôle impor-  
clérodermies ; — que le  
nent atteint par la mala-  
revient à chacun de ces  
dans l'état actuel de nos  
scherches sont nécessaires

**Anatomie-pathologique.** — Nous serons  
les lésions qui accompagnent la sclérodermie  
n'ont rien de caractéristique. Elles peuvent être  
sortes.

A. Lésions de la peau.

B. Lésions viscérales.

A. *Lésions de la peau.* L'épiderme est en g  
altéré. On peut observer de la pigmentation de  
de MALPIGHI et de ses annexes. Dans le derme, on trouve  
un riche feutrage de tissu conjonctif adulte, atteignant  
souvent l'hypoderme. Les papilles du derme ont le plus  
souvent disparu ; les glandes sébacées sont également très  
atrophées et peuvent disparaître ; on observe parfois, mais  
rarement, des dilatations kystiques. On note encore l'atro-  
phie des poils.

Les vaisseaux sont entourés d'un anneau très épais de  
tissu conjonctif, dans la première période, on observe de  
la périartérite avec infiltration de cellules embryonnaires  
le long des vaisseaux ; plus tard ces cellules se transfor-  
ment en tissu scléreux. En même temps, on observe sou-  
vent une prolifération considérable de la tunique interne.  
Les veines sont le siège de lésions analogues, mais moins  
prononcées. Les lésions vasculaires peuvent faire complè-  
tement défaut. (MARIANELLI).

Les lésions des nerfs périphériques sont inconstantes et  
encore assez mal connues. RECKLINGHAUSEN a observé la  
dégénérescence vallérienne sur un grand nombre de tubes  
nerveux. M. MEY a noté dans un cas de l'atrophie de  
certains nerfs périphériques, avec segmentation de la  
myéline en boules. Les autopsies signalées jusqu'à présent  
sont encore trop peu nombreuses pour pouvoir servir de  
critérium.

B. *Lésions viscérales.* Le processus de sclérose ne se  
limite pas toujours à la peau. On a observé dans les diffé-  
rents viscères, en particulier dans le myocarde, la dégéné-  
rescence scléreuse accompagnée d'endo-péri-artérite.

Les régions sous-jacentes à la peau peuvent également  
être envahies ; on peut trouver des blocs de sclérose, enva-  
hissant l'hypoderme, les muscles et atteignant le périoste.

Dans les os, et surtout dans les phalanges, on a noté à  
la fois une ostéite raréfiante et le développement d'îlots de  
cellules embryonnaires.

Signalons enfin des altérations du système nerveux  
central, lésions des cordons antérieurs, des cordons  
postérieurs, etc... qui ne paraissent rien avoir de patho-  
gnomonique.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la sclérodermie est  
généralement facile, si l'on connaît cette affection et sur-  
tout si l'on s'attend à la rencontrer.

Les morphées se distingueront aisément des cicatrices  
pathologiques du lupus et de la syphilis, des cicatrices de

brûlures, des chéloïdes, etc... L'interrogatoire du malade suffira à établir l'absence de toute lésion antérieure de la peau; objectivement, la présence de l'anneau lilas caractéristique, la sensation spéciale de la peau congelée et adhérente imposeront le diagnostic de morphee.

La lèpre trophoneurotique peut ressembler à certaines formes de sclérodémie (nous avons vu que M. ZAMBACO s'était basé sur cette ressemblance pour identifier la sclérodémie). Dans la lèpre, on n'aura pas d'induration de la peau; on observera en différents points du corps des taches pigmentaires, des cicatrices consécutives à des éruptions pemphigoides, et surtout des troubles de la sensibilité cutanée.

La sclérodactylie peut faire penser aux dactylites scléreuses déformantes du rhumatisme ostéo-fibreux des petites articulations. L'état spécial de la peau, l'aspect des déformations qui n'est pas celui des nodosités du rhumatisme, l'absence d'ostéophytes, la résorption spontanée des phalanges fera plutôt penser à la sclérodactylie qu'au rhumatisme nouveau.

La syphilis et la tuberculose donnent des dactylites unilatérales que nous ne ferons que signaler.

Dans la syringomyélie, l'examen de la sensibilité permettra d'affirmer le diagnostic.

Enfin, quand la sclérodémie est associée à d'autres maladies nerveuses, au myxœdème en particulier, le diagnostic pourra être plus réservé et se fera surtout d'après l'aspect des lésions.

**Pronostic, traitement.** — Une maladie d'allures aussi variables que la sclérodémie ne comporte évidemment pas un pronostic unique. Il est impossible de comparer la gravité d'une dermato-sclérose purement locale et régressive, telle que la morphee, à celle d'une sclérodactylie qui compromet irrémédiablement les fonctions d'un membre ou à la sclérodémie diffuse et progressive, qui peut arriver à mettre la vie du malade en danger.

Dans le premier cas (dermato-scléroses localisées) le pronostic est d'une bénignité relative. Il est bénin, parce que l'affection est purement locale; — parce qu'elle se termine spontanément par la guérison; — parce qu'elle n'occasionne aucune gêne, aucune douleur et n'entraîne aucune modification dans le genre de vie du malade. Il ne faut pas oublier cependant que la durée de cette affection est longue et que l'on a vu des morphees se succéder sans discontinuer pendant l'espace de 20 ans; que la restitution ad integrum n'est pas toujours la règle, et que les lésions laissent parfois des cicatrices; que les bandes de sclérose peuvent arriver à entourer complètement un membre, et à en compromettre les fonctions par leur rétraction. Heureusement, ces cas sont assez rares, et en général le pronostic des sclérodémies localisées est bénin.

Il n'en est plus de même dans les formes progressives. Ici encore, deux cas régionaux atteints peuvent être assimilés à notre malade, sans que la santé générale que se manifestent des lésions graves. Chez les malades jeunes, atteints de sclérodactylie, une longue existence sans le moi et devenir simplement des infirmes. Dans ce cas, le pronostic est extrêmement réservé. Le malade n'est pas en danger, il n'est pas l'existence peut lui devenir extrêmement difficile, presque absolue des douleurs, parfois douloureuse et toujours douloureuse, souvent la vie insupportable; — d'autant plus sombre, que les lésions sont plus étendues, qu'une thérapeutique efficace continue reste encore à trouver.

Enfin, il est des malades dont la maladie débute dès les premiers mois ou dès les premières années; quelquefois beaucoup plus tard; des complications surviennent, myocardite, sclérose du cœur, la mort prend alors une extrême gravité fatalement, non par suite des complications, mais du fait même de la marche de la sclérodémie.

Cette variété du pronostic montre qu'il convient d'être réservé dans l'appréciation des traitements opposés à la sclérodémie. Il est illusoire d'attribuer une très grande importance à la guérison d'une plaque; l'évolution est naturellement régressive, d'autant plus sceptique que l'on voit échouer dans des cas un peu plus tardifs ou de sclérodémies en bandes un traitement.

Néanmoins, beaucoup de traitements ont été essayés et ont donné, entre les mains de leurs auteurs, de bons résultats. Kaposi recommandait l'huile de foie de morue, le traitement général.

Les différentes théories pathogéniques ont conduit à des moyens de traitements rationnels. On a préconisé l'iodure de potassium, mais on a noté à la suite de leur emploi des effets secondaires.

Sous l'empire de la théorie des spasmes, les antispasmodiques, le bromure de potassium, le valériane sous toutes ses formes ont été employés, sans obtenir de résultats, la médication du rachis, par l'ignipuncture, les douches.

Dans les cas où l'hypothyroïdisme est la cause de la maladie, on a administré des extraits de thyroïde, mais les résultats ont été négatifs.





normal. Après vingt-quatre heures d'étuve, on ne trouve pas de glycose.

M. Gérard répond que cette transformation se fait surtout dans le foie, mais qu'il craignait la présence dans le sang d'une diastase capable d'hydrolyser le glycogène. Le sérum peut ne pas contenir cette diastase, si elle provenait par exemple, des leucocytes.

M. Surmont pense que si cette diastase existait dans les globules blancs, ceux-ci la laisseraient exsuder lors de la coagulation. Néanmoins, il n'était peut-être pas inutile, en effet, de se mettre à l'abri d'une action possible du sang.

#### Cancer du canal hépatique

MM. Ingelrans et Brassart présentent les coupes microscopiques d'un cancer du canal hépatique. Elles proviennent de l'autopsie d'une femme de quarante-cinq ans, décédée le 20 avril dernier, dans le service de M. le professeur COMBEMALE. La malade était entrée à l'hôpital, le 28 février, avec un ictère olivâtre, datant de sept mois déjà. L'amaigrissement était considérable; un prurit excessif existait nuit et jour. L'ictère a débuté assez subitement, sans phénomènes douloureux antérieurs. L'appétit est conservé; nulle douleur. Le foie paraît normal quant à ses dimensions; la vésicule n'est pas perceptible. Les matières fécales sont absolument décolorées pendant les dix mois que dure la maladie. La cholurie est au maximum; pas de glycosurie; indicanurie.

Vis-à-vis d'un tel syndrome clinique, trois diagnostics étaient possibles; cancer de la tête du pancréas, calcul engagé dans les voies biliaires, cancer du segment sous-hépatique de Devic. Le cancer du pancréas était assez peu probable, vu l'absence de douleurs, la non-dilatation de la vésicule, la conservation de l'appétit, l'absence de glycosurie. Contre la lithiasie parlaient l'absence de coliques hépatiques antérieures, la décoloration permanente des fèces, la vésicule normale. Toutefois, ce diagnostic paraissait aussi probable que celui de cancer du canal hépatique qu'on ne peut jamais affirmer et dont on ne connaît que quinze cas (RÖSCH, BÄHR, SCHREIBER, SCHÜPPEL, AUFRECHT, KORCZINSKI, NETTER, SCHMITT, JENNER, HESPER, BEZANÇON, CLAISSE, GÉRAUDEL).

A partir du 22 mars, des poussées fébriles apparaissent. Dans l'hypothèse d'un calcul avec angiocholite secondaire, MM. POTEL et DRUCBERT pratiquent sur notre demande une intervention chirurgicale. L'exploration de la partie accessible des voies biliaires restant négative, on abouche la vésicule à la peau. Cette vésicule contenait du pus. Pendant les trois semaines de survie, l'écoulement de bile par la fistule est très minime. La fièvre persiste à 39°5; le délire hépatotoxémique fait son apparition, en même temps que de la diarrhée. Mort dans le coma et par ictère grave hyperthermique dû au foie infectieux.

A l'autopsie, on passe une sonde dans le VATER. Le cholédoque est normal. Au hile du foie d'une noix. Là, la sonde est arrêtée au niveau de ses branches d'origine, étendue de deux centimètres. C'est presque la règle. Foie assez dur.

L'examen histologique montre un épithéliome cylindrique du canal hépatique, très squirrheux. Le foie est très altéré, les cellules hépatiques sont nécrosées et fortement infiltrées de leucocytes.

M. Surmont fait remarquer qu'il n'est pas agi comme moyen mécanique hépatique et nullement comme point de vue clinique, c'était au contraire un cancer. D'autre part, cet ictère chronique, sans dilatation vésiculaire, rend le diagnostic d'occlusion du canal difficile, qu'on devait poser un diagnostic différentiel en vue de quoi préciser la nature de la lésion.

M. Ingelrans croit que même l'absence de calculs pouvait être certifiée. En effet, la dans l'obstruction calculeuse du la tête du pancréas ne s'accompagne pas de dilatation vésiculaire (PAVIOT) quinze cas publiés de cancer du la vésicule était normale, deux fois.

#### Variole et vaccine

M. Brassart, interne, présente quelques cas de vaccine du service de M. COMBEMALE et enfants. Ces derniers étaient tous vaccinés. Parmi les malades, 14 sont morts. Parmi les vaccinés, 14 ont été vaccinés, un l'avait été, l'ensemble, on note 14 personnes n'étaient pas revaccinées. Une femme non vaccinée a eu néanmoins une vaccine.

M. Oul. — Quel âge avait l'enfant quand l'avait-on vacciné?

M. Brassart. — Il avait huit ans quand il a eu la vaccine.

M. Oul. — Des faits de vaccine de variole ont été rapportés. Des enfants vaccinés peu de temps avant d'être atteints de variole, ont guéri. On tient à ce que lorsqu'on opère en cas de causes d'insuccès, entre autres causes, on ne laisse pas sécher le vaccin et s'il est possible, on le réinjecte.

M. G. Gérard dit qu'on a obtenu deux succès chez des enfants de six à sept ans, où douze ans le succès est bien obtenu.

M. Deléarde compte douze succès pour les revaccinations.



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT  
5 fr. par an.  
Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT  
pour les ÉTUDIANTS  
3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux.  
**POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Syringomyélie post-traumatique, par le docteur **Ingelrans** et **H. Brassart**, interne. — Nouvelles expériences sur l'action biochimique du rein. — Explication possible de certaines néphrites toxiques, par le docteur **Er. Gérard**. — Entéro-colite avec fièvre pendant les suites de couches, par le docteur **Oul**. — CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES : Iritis, par le docteur **E. Painblan**. — BIBLIOGRAPHIE. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Syringomyélie post-traumatique (1)

par

le Dr **Ingelrans**,  
Chef de clinique médicale

et

**H. Brassart**,  
Interne des hôpitaux de Lille

Les traités classiques enseignent que le traumatisme, et plus particulièrement les chutes d'un lieu élevé, ont précédé d'assez près, chez plusieurs malades, les premiers symptômes de la syringomyélie. **DUPONT**, dans sa thèse, conclut que la maladie consécutive à un traumatisme est très rare : il s'agirait d'un fait particulier de la loi générale de l'action des blessures sur le développement et l'évolution des tumeurs. Tout récemment, **GUILLAIN** admet l'influence de la névrite ascendante sur la production de cavités médullaires : cette névrite relève de traumatismes spéciaux.

Nous avons à parler d'un malade qui devint syringomyélique trois mois après une chute d'un lieu élevé. A son sujet nous croyons intéressant de dire deux mots de

l'état de la question, tel que **SCHLESINGER** l'expose dans la nouvelle édition de sa monographie (1902).

Il faut distinguer deux catégories de faits : dans l'une, les symptômes médullaires apparaissent d'emblée dès le traumatisme ; dans l'autre, ils se développent petit à petit en s'accroissant. Le premier groupe contient des cas étrangers à la syringomyélie vraie et, en ce qui concerne l'adulte, il n'est pas démontré qu'il faille en tenir compte au point de vue de cette affection. Le second groupe comprend des observations de diverse nature.

D'abord, dans quelques-unes, on voit nettement qu'il y avait des signes non douteux de myélopathie avant l'accident : il n'y a donc point lieu de s'en occuper davantage. Dans d'autres, on incrimine une blessure ou un choc si insignifiants que c'est une illusion d'y voir une cause sérieuse de maladie. Il reste après cela une série notable de cas bien nets où un rapport paraît établi entre un accident et l'éclosion des symptômes caractéristiques.

A la suite d'une commotion de la moelle épinière, on a vu la maladie naître et se développer. Bien souvent, un intervalle plus ou moins long a séparé la cause de ce que l'on considère comme l'effet. Or, dans les cas jusqu'ici publiés, les individus traumatisés n'avaient point fait auparavant l'objet d'un examen médical qui put dire si, oui ou non, ils étaient indemnes de toute affection du système nerveux. Ceci a une importance capitale, car on n'ignore pas combien le début de la syringomyélie peut être insidieux. On ne pourrait strictement parler d'origine traumatique que si l'on possédait un sujet dont l'accident dit initial fût survenu entre deux examens neurologiques sérieux.

(1) Communication à la Société centrale de médecine du Nord.

ristât point d'autre étiologie  
 sion d'une série de faits du  
 er l'impossible; mais, cela  
 de mise. On doit se borner à  
 rande vraisemblance qu'une  
 iste bien, à s'en rapporter à  
 observateurs. De plus, dit  
 eptionnel de voir cette mala-  
 on peut croire que les tissus  
 nt quelques propriétés vitales  
 agir d'une manière particu-  
 sonnes. Nous signalons cette  
 ut.

onfin avoir sur la moelle une  
 quand il a lui même une  
 évrîte ascendante que nous  
 : périphériques auraient des  
 r la moelle épinière par le  
 chronique ascendante. Mais,  
 i qui semblerait justifier ce  
 ure initiale est extrêmement  
 des années se sont écoulés  
 parition de la syringomyélie.  
 : les faits démonstratifs font  
 thèse.

N a montré un homme de 50  
 piqure à la paume de la main  
 as qu'on incisa. Trois mois  
 ie; l'année suivante c'est le  
 is. En 1889, il était regardé  
 e ascendante. En 1896, défor-  
 thermo-anesthésie, trému-  
 myélie est aujourd'hui indis-  
 la moelle par des microbes  
 des nerfs. Une autre fois, la  
 phlegmon de l'aisselle. Dans  
 un phlegmon de l'avant-bras  
 on a décrit une phase radicu-  
 ; il y a lieu de lui décrire  
 se traduit, dans ces cas, par

mités, les tiraillements des  
 ment été incriminés. Ces acci-  
 téralisations secondaires de la  
 orrhagies et aux ruptures  
 ite de l'élongation chirurgi-  
 tion de prédisposition doit  
 : de telles conséquences.

usamment tout ce que l'on sait  
 ion. Névrite ascendante ou  
 point quelconque, voilà les  
 les on peut ranger certains

malades. Le nôtre rentre dans la deuxième. Il est permis  
 de penser que, chez lui, la chute sérieuse qu'il a faite a été  
 pour une part dans l'apparition de la syringomyélie dont  
 il est atteint. Voici son observation, curieuse d'ailleurs à  
 plus d'un point de vue.

**OBSERVATION.** — Chrétien D..., âgé de 23 ans, entre à  
 l'hôpital de la Charité de Lille, dans le service de M. le  
 professeur COMBEMALE, salle Ste-Catherine, n° 4, le 3  
 décembre 1901. Il vient se faire soigner d'un eczéma symé-  
 trique des mains et des avant-bras.

Son père est mort accidentellement. Sa mère et ses trois  
 frères sont bien portants. Son état de santé générale est  
 bon. Il ne se souvient pas d'avoir eu aucune maladie anté-  
 rieure à celle qu'il présente : il déclare en outre n'avoir  
 jamais été atteint d'accidents vénériens. Il est né à Lille et  
 a toujours demeuré dans la région.

Il y a six ans, en août 1895, il était couvreur. A ce  
 moment, il tomba d'un toit assez élevé. Il en fut quitte  
 pour des contusions multiples qui l'obligèrent à garder le  
 lit un mois. Complètement remis, il choisit un métier moins  
 dangereux et devint garçon de magasin chez un marchand  
 de grains. C'est là qu'il remarqua pour la première fois  
 une certaine faiblesse dans les bras, spécialement à  
 gauche. Au bout d'un mois en effet, il dut quitter son  
 service parce qu'il lui était devenu impossible de soulever  
 les sacs de grains. Ceci se passait à la fin de 1895, trois  
 mois environ après sa chute. Il avait alors dix-sept ans.

Au mois de février 1896, il s'engage à la Compagnie des  
 tramways comme garçon de cour et d'écurie. Il raconte  
 qu'à ce moment, il ressentait nettement une sensation  
 toute particulière de faiblesse dans les membres supé-  
 rieurs, surtout du côté gauche. Quelques gerçures se pro-  
 duisirent aux doigts, qui le gênaient pour travailler et  
 furent longtemps rebelles à tout traitement. Au bout de  
 quatre mois, il fut de nouveau obligé de quitter sa place,  
 car, dit-il, son bras gauche était si faible qu'il lui était  
 impossible de soutenir une brouette. Dès lors il ne peut  
 plus travailler, car le côté droit devient aussi mauvais  
 que le gauche.

En juillet 1896, on lui fait des séances de massage et  
 d'électrisation sans aucune espèce d'amélioration. La para-  
 lysie atrophique progresse et à la fin de 1896, l'état est le  
 même qu'aujourd'hui.

Il y a trois mois, apparition d'une éruption eczémateuse  
 qui s'étend sur les mains et les avant-bras et persiste jus-  
 qu'au jour de son entrée.

*Etat actuel.* On se trouve en présence d'un homme de  
 taille moyenne, mais robuste et qui ne paraît guère avoir  
 maigri.

Au premier aspect, on est frappé par un rétrécissement  
 accentué de la fente palpébrale gauche et par de l'eno-  
 phthalmie du même côté, avec myosis d'intensité moyenne.

Il semble, de plus, qu'il y ait une légère hémiatrophie  
 faciale gauche. La pommette paraît moins saillante et la  
 bosse frontale moins prononcée qu'à droite. En tout cas,  
 c'est fort peu de chose.

Le malade est quasi-impotent de ses mains. Elles sont  
 toutes deux en griffe par atrophie des interosseux. Le  
 pouce est en abduction et sur le même plan que les autres  
 doigts. On ne parvient pas à étendre complètement les  
 doigts, à cause d'un certain degré de rétraction tendineuse.  
 D'autre part, la flexion complète des doigts dans la main  
 est impossible, de même que l'opposition du pouce.

Les éminences thénar et hypothénar n'existent plus.  
 Les mains sont décharnées, les espaces intermétacarpiens  
 sont creux. Légère extension du poignet : tendance à la  
 main de prédicateur. Les avant-bras sont le siège d'une

amyotrophie très marquée, en avant et en arrière jusqu'au coude. Au-dessus de cette articulation, la musculature est normale.

On n'arrive pas à faire tenir un dynamomètre dans la main du sujet. Celui-ci peut parfaitement lever les bras. Il s'habille seul, mais fort maladroitement. Il arrive même, avec difficulté, il est vrai, à rouler une cigarette; mais il a essayé de peler des pommes de terre sans y réussir, il est gêné pour boutonner sa veste, etc.; les mouvements de la tête sont normaux.

La marche n'est nullement troublée. Les muscles du tronc et des membres inférieurs sont intacts. Le réflexe patellaire offre une évidente exagération d'intensité. Pas de clonus du pied. Les signes de BABINSKI et de ROMBERG n'existent point. Réflexes plantaire, crémastérien conservés; abdominal, olécrânien, radial, pharyngien, cornéen abolis: aucun trouble de la sensibilité subjective.

La sensibilité objective est normale pour toute la partie inférieure du corps depuis la région sous-ombilicale, en ce qui concerne la douleur et la température. Le tact est conservé sur toute la surface du revêtement cutané. Le sens musculaire n'est pas atteint: la notion de position est conservée. Analgésie complète des membres supérieurs, du cou, de la partie postérieure de la tête, du tronc jusqu'à l'ombilic. La piqûre est mal perçue à la face, mais lorsqu'elle est forte et profonde le malade finit par la sentir.

Le thermocautère n'éveille dans ces régions ni douleur, ni sensation de chaleur, sauf à la face comme on vient de le dire. Le froid n'est pas non plus perçu.

Pendant qu'on recherche l'état de la sensibilité, on constate l'existence de continuelles trémulations fibrillaires dans les muscles atrophiés et même dans le biceps brachial et le deltoïde.

Figure I  
Sensibilité à la piqûre



Les parties noires sont absolument insensibles. Les parties striées transversalement restent sensibles à la piqûre forte et profonde.

Les schémas ci-joints indiquent, en outre, une zone d'hypoesthésie thermique et douloureuse à l'hypogastre et à la région lombaire.

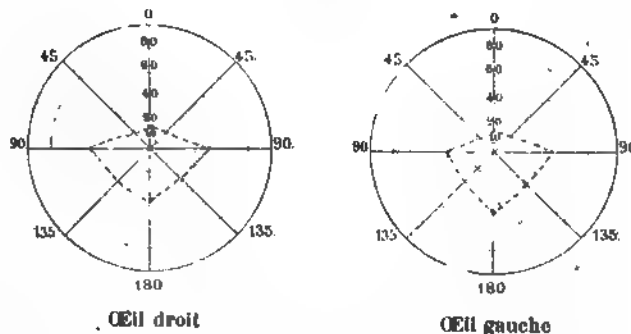
Le rachis n'est pas dévié. Vessie et rectum fonctionnant bien. Viscères sains, urines sans sucre, ni albumine, de quantité moyenne. Intelligence ordinaire, sommeil bon, nul trouble psychique, mémoire moyenne. Sudation considérable généralisée. Le champ visuel est rétréci. Le voici (fig. III) pour le blanc, tel qu'on l'a mesuré à l'entrée du malade:

Les réflexes pupillaires n'ont subi aucune altération. Oûle, odorat et goût non touchés. Sensibilité des muqueuses

buccale et nasale conservée sous tous ses modes. Phonation normale: rien à la langue, ni au larynx.

Eczéma rouge suintant localisé aux mains et aux avant-bras. Avant son apparition qui date de trois mois, s'étaient produites aux mains des fissures, des rhagades tout à fait insensibles d'ailleurs: puis de l'eczéma se montre dans les

Figure III



plus interdigitaux et en moins d'un mois gagne toute la surface qu'il occupe actuellement, c'est-à-dire qu'il recouvre les régions amyotrophiques. Sous l'influence d'un traitement approprié, cet eczéma a totalement disparu.

L'histoire du malade en question se résume donc ainsi: trois mois environ après une chute, débute chez lui une atrophie musculaire progressive qui gagne les avant-bras, après avoir atteint les mains. Le côté gauche a été pris le premier et paraît un peu plus touché. Cette amyotrophie

s'accompagne d'une dissociation syringomyélique topographiée en veste. A gauche, rétrécissement de la fente palpébrale, enophtalmie, myosis; peut-être un léger degré d'hémiatrophie faciale. Exagération des réflexes rotuliens; rétrécissement du champ visuel; hyperidrose généralisée. Trémulations fibrillaires dans les muscles atrophiés. Eruption eczémateuse bilatérale recouvrant les régions amyotrophiques. Dans ces conditions, le diagnostic de cavité médullaire s'impose et nous ne le discuterons pas.

Le rôle étiologique du traumatisme a été exposé au début. Ce sujet est encore intéressant par plus d'un côté.

La topographie des troubles de la sensibilité ne peut être chez lui d'aucun secours pour appuyer la théorie radiculaire ou la théorie segmentaire: cette distribution en veste s'explique également avec l'une et avec l'autre. Mais un point qui mérite attention, c'est de voir, chez un homme à syringomyélie bilatérale, les altérations du sympathique n'exister que d'un seul côté. Le myosis, le rétrécissement de la fente palpébrale, l'enophtalmie sont d'ordinaire unilatéraux comme ici; mais ils accompagnent une syrin-

à l'amyotrophie des  
rent d'un côté. Dans  
aussi atteint que le  
e cervical est néan-  
e n'atteint donc pas  
ien qu'elle doive en  
on de la maladie, il  
que droit se paralyse  
nes.

es provenant de la  
voir produit un très  
est tout au moins  
rophie et les cas en  
AMACQ, DEJERINE et  
INGER).

métrique de notre  
utané? SCHLESINGER  
it assez souvent se  
les pieds, qui, dans  
nois et des années.  
ivent présenter de  
des rhagades. Les  
1. On peut évidem-  
cidence. Nous nous  
cher d'importance,  
en d'autres egards,  
ologie de sa syrin-  
paraît dépendre, au  
tisme initial.

raumatisme)

ARDT. *Deuts med Woch.*,  
19. 1897, p. 63. — DEJE-  
26 nov. 1898. — EULEN-  
1895, 18 mai 1896 —  
— GUILLAIN Thèse de  
vrier 1902. — HELLICH.  
velle, 1891. — HUISMANS.  
us Thèse de Kiel, 1883  
MÜLLER. *Deuts. Zeitschr*  
18, p. 21. — MIÈS Deux  
1896, n. 19. — MÜLLER  
r. Congrès de Moscou,  
rch. de med. exp. 1898.  
*Trans. of the path. Soc.*  
97, p. 173. — SCHUNK.  
de Moscou, 1897. —  
102. — SPILLER Intern  
Mal. du s nerveux,  
urgie. 1898, Stuttgart,

r l'action  
tion possible de  
tiques

rgé de cours.

vement, nous avons  
rénale contient un  
es, qui décolore le

bleu de méthylène et qui, en outre, s  
l'aldéhyde butyrique aux dépens de l  
Cette diastase agit donc comme désoxygé

Dans le cours de nouvelles expériences  
amenés à conclure que, dans les macérai  
rein de cheval, il y a coexistence d'un ferment soluble  
réducteur et d'un ferment soluble oxydant, la présence  
de ce dernier pouvant entraîner la disparition d'une cer-  
taine partie des produits formés par l'action du ferment  
réducteur (2).

En continuant l'étude de ces diastases rénales, M. ABE-  
LOUS et moi avons essayé de déterminer si ce nouveau fer-  
ment réducteur, agissant dans les expériences précé-  
dentes comme simplement désoxydant, n'était pas aussi  
susceptible d'être hydrogénant. Nous avons pu en effet  
transformer, par hydrogénation produite par la pulpe du  
rein de cheval, de la nitro-benzine en aniline (3).

Cette transformation d'un dérivé nitré en amine peut  
présenter une importance considérable pour expliquer la  
formation dans l'organisme des bases animales par un  
processus identique à celui de notre ferment réducteur.  
Ces résultats viennent une fois encore, corroborer l'opinion  
de M. ARM. GAUTIER, à savoir « que certaines bases se pro-  
» duisent dans nos tissus à l'abri de tout germe de putre  
» faction et durant la vie normale, en particulier dans les  
» cellules qui vivent anaérobiquement ».

D'autre part, le fait que nous avons établi de la coexis-  
tence d'un ferment oxydant et d'une diastase réductrice et de  
la prédominance des fermentations réductrices en l'absence  
d'oxygène, semble bien confirmer également cette autre  
théorie, émise depuis longtemps par le même savant, que  
les bases animales peuvent disparaître par oxydation, ou  
se constituer, au contraire, lorsque diminue l'énergie des  
réactions générales provoquées par l'oxygène, dès que la  
respiration faiblit et que s'accroissent les phénomènes de  
réduction comme dans certaines maladies.

Enfin j'ai montré (4) que l'extrait aqueux de rein lave  
par une injection prolongée d'eau distillée faite par les  
vaisseaux de l'organe excisé transforme la créatine en  
créatinine par déshydratation. On rencontre une fois de  
plus cette action déshydratante des macérations aqueuses  
de rein. Récemment MM. ABELOUS et RIBAUT ont, en effet  
réalisé la synthèse de l'acide hippurique par des macé-  
rations aqueuses fluorées de rein de cheval.

Poursuivant toujours l'étude biochimique du rein, j'ai  
pu retirer de l'extrait de rein de cheval et de celui du

(1) Comptes-rendus Acad. des Sciences, t. CXXIX, p. 58, et t.  
CXXIX, p. 164 (ABELOUS et E. GÉRARD).

(2) Comptes-rendus Acad. des Sciences, t. CXXIX, p. 1023 (ABE-  
LOUS et E. GÉRARD).

(3) Comptes-Rendus Acad. des Sciences, t. CXXX, p. 420 (ABE-  
LOUS et E. GÉRARD).

(4) Comptes-Rendus Acad. des Sciences, t. CXXXII, p. 131  
(E. GÉRARD).

lapin un ferment soluble, précipitable par l'alcool et agissant comme l'émulsine, c'est-à-dire susceptible d'hydrolyser certains glucosides comme l'amygdaline et la salicine (3).

En plus donc des phénomènes de déshydratation qui s'accomplissent dans le tissu rénal, on observe aussi des phénomènes d'hydratation et on sait que SCHMIEDEBERG et MINKOWSKI ont signalé dans le tissu du rein de porc ou de chien, la présence d'un ferment soluble qui hydrate l'acide hippurique.

La note que j'ai l'honneur de présenter à la Société Centrale de médecine du Nord a pour but de relater les premiers résultats d'un travail que j'ai entrepris avec mon préparateur, M. LAMBERT, sur les processus de dédoublement qui peuvent s'effectuer dans le rein en choisissant surtout des substances médicamenteuses. Il est très vraisemblable qu'on pourra expliquer certaines altérations rénales observées à la suite de l'absorption de certaines substances chimiques qui, en se dédoublant ou se décomposant dans le rein, donnent naissance à des produits susceptibles de retentir sur cet organe.

Voici les expériences :

On prive le rein de cheval de sang par une injection prolongée d'eau distillée faite par les vaisseaux de l'organe excisé. Le rein ainsi lavé est pulvé, puis mis en macération à 42° avec son poids d'eau distillée en présence de chloroforme pour empêcher toute intervention des microorganismes.

On fait agir cette macération aqueuse filtrée sur divers médicaments bien définis, comme l'acétanilide, le gäicol, le salicylate de méthyle, le crésalol, le salol, et le benzonaphtol.

#### 1° ACTION SUR L'ACÉTANILIDE

A. — 50 c. c. de la macération aqueuse filtrée sont additionnés de 2 c. c. de chloroforme et de 0 gr. 30 d'acétanilide.

B. — 50 c. c. de la macération filtrée sont soumis à l'ébullition, puis additionnés de 2 c. c. de chloroforme et de 0 gr. 30 d'acétanilide.

Les deux flacons sont placés dans une étuve à 42° pendant 24 heures.

Au bout de ce temps, on agite séparément les deux flacons dans une ampoule à robinet avec 80 c. c. d'éther pur. On décante la liqueur étherée et on l'évapore. Le résidu de l'évaporation est repris par l'eau.

*Résultat.* — Le lot A donne avec l'hypochlorite de soude une coloration bleue pâle, qui vire au rose sous l'influence du sulfhydrate d'ammoniaque.

LE LOT B NE DONNE AUCUNE RÉACTION.

Par conséquent, la macération aqueuse filtrée de rein

de cheval non bouilli dédouble la liberté d'aniline.

#### 2° ACTION SUR L

A. — 50 c. c. de macération additionnés de 2 c. c. de chloroforme synthétique cristallisé.

B. — Même mélange que A, n'able bouillir la macération de re ferments solubles

Après un séjour de 24 heures lots sont traités isolément par l' décantée est évaporée et le résidu petite quantité d'eau.

Cette solution aqueuse présente catéchine : précipitation par la réduction à froid de l'azotate d'arg en présence du perchlorure de fer violet par l'ammoniaque.

Par suite, la macération aqueuse non soumise à l'ébullition, sapon méthylique de la pyrocatechine et chine en liberté.

#### 3° ACTION SUR LE SALICY

Si on répète les expériences pr comme produit à décomposer le s remarque que la macération aque à l'ébullition, décompose le salicyl duction d'acide salicylique libre.

Nous avons expérimenté égale crésalol et le benzonaphtol, tous posés, comme ils le sont dans l'in et formation d'acide salicylique ( les macérations aqueuses de rein )

Inutile de dire que l'on s'est ass des produits employés.

Il faut donc admettre que le rein une ou plusieurs substances solub divers médicaments chimiques. aqueux soumis à l'ébullition sont blable que nous avons affaire à des a pu séparer ces ferments par l'al on a précipité l'extrait aqueux de poids d'alcool. Le précipité for l'alcool et desséché dans le vide, p lution dans de l'eau chloroformée. se conduit vis-à-vis des produit macération de rein.

Les faits que je viens de signaler plus d'abord que le rein n'est pas s une glande possédant une véritable La décomposition au contact du tis

(1) Comptes-Rendus Société de Biologie, t. 414, p. 543.

(2) Comptes-Rendus Société de Biologie, 26 janvier 1901.



Le soir, la température est à 39°. Le lavement donné dans l'après-midi a amené une selle assez abondante.

La malade avoue alors que les visiteurs qu'elle a reçus la veille lui ont apporté des gâteaux et qu'elle en a mangé de façon immodérée. Dans la nuit, elle a eu des vomissements et, craignant d'être réprimandée, elle s'est levée pour en faire disparaître les traces.

Le 1<sup>er</sup> mai, la température est revenue à la normale.

Le 2 mai, température vespérale 37°8. 15 grammes d'huile de ricin sont ordonnés pour le lendemain matin.

Le 3 mai, température matin : 37°7 ; soir : 37°9.

L'huile de ricin a produit plusieurs selles recouvertes d'abondantes et épaisses fausses membranes.

Le 4 mai. Le ventre est moins ballonné. Il persiste un peu de douleur dans les flancs. La température s'élève, le soir, à 37°8. A partir de ce moment, on fait tous les jours un lavage de l'intestin avec un litre d'eau bouillie à 42°. La température reste normale jusqu'au 13 mai. Pendant cette période, les fausses membranes sont devenues beaucoup moins abondantes.

Le 13 mai, nouvelle élévation de température : 37°8. Douleur à la pression le long du côlon ascendant et du côlon descendant.

Le 14 mai, température 38°4. Huile de ricin qui amène dans la journée deux selles avec des fausses membranes extrêmement abondantes.

Le lendemain, plus de douleur. Température normale. La malade sort en bon état le 20 mai.

Cette observation m'est une occasion nouvelle d'insister sur les manifestations fébriles dues aux troubles digestifs pendant les suites de couches. Il a suffi, chez la malade dont je viens de retracer l'histoire, d'une simple indigestion pour produire une température de 39° et ce n'est que quarante-huit heures après que l'expulsion des fausses membranes nous a permis d'affirmer le diagnostic d'entéro-colite.

On remarquera, aussi, que lors de la seconde hyperthermie qui s'est produite les 13 et 14 mai, les fausses membranes étaient très rares depuis quelques jours et n'ont été expulsées en abondance que sous l'influence d'un purgatif.

Les symptômes observés permettaient, d'ailleurs, d'écarter l'hypothèse d'une infection puerpérale. La douleur le long du côlon, la lenteur relative du pouls et l'intégrité absolue des organes génitaux nous avaient, dès le début, fait attribuer la fièvre à un état morbide de l'intestin, diagnostic que l'événement confirma.

## Consultations Médico-Chirurgicales

### Iritis

Docteur E. PAINBLAN.

Cette affection oculaire, fréquente, revêt des formes très diverses tant à cause de son étiologie multiple que des détails anatomopathologiques, fort variables selon les cas. Le corps ciliaire, qui est nourri par les mêmes vaisseaux que l'iris, participe souvent à l'inflammation (iridocyclite).

**INFORMATIONS CLINIQUES.** — Un individu, sous l'influence d'une cause qu'il est important de découvrir, accuse des douleurs vives, qui partent de l'œil, occupent le pourtour de l'orbite, et s'irradient dans la direction des branches de l'ophtalmique de Willis (douleurs ciliaire, occipitale, hémicrânie). Ces douleurs, qui n'ont rien de fixe, sont à peu près continues, mais avec des exacerbations nocturnes, suivies d'une sensation pénible de pesanteur. D'intensité très variable, généralement assez marquées pour entraîner l'insomnie, elles peuvent cependant être nulles (iritis torpide). Ce malade a de la photophobie, parfois du blépharospasme, son œil larmoie abondamment. La vision est plus ou moins troublée.

L'œil, modérément rouge, présente une injection péri-kératique marquée et parfois du chémosis séreux; la sécrétion conjonctivale est toujours minime. L'humeur aqueuse est louche, surtout à la partie inférieure de la chambre: Il peut y avoir de l'hypohémie, de l'hypopyon.

L'iris est décoloré, terne, grisâtre ou verdâtre et paraît plus épais qu'à l'ordinaire. La pupille petite, moins noire, de teinte gris sale, ne réagit que peu ou pas du tout à la lumière. Des synéchies postérieures, pathognomoniques de l'affection, ne tardent pas à apparaître; au reste l'instillation d'un collyre faible à l'atropine, dilatant irrégulièrement la pupille, renseignera mieux sur leur existence et sur leur résistance. La recherche de ces différents signes est facilitée du reste par l'éclairage oblique et l'emploi de la loupe. Le tonus est généralement diminué, quelquefois normal, parfois aussi augmenté (iritis glaucomateuse).

Le diagnostic de l'affection oculaire est fait: on reconnaît à ces signes l'iritis.

**INDICATIONS ÉTIOLOGIQUES, PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES.** — Nombre de causes provoquent l'iritis; mais quelques signes seulement renseignent sur sa nature: l'iritis syphilitique est généralement plus torpide; la rhumatismale plus aiguë et très douloureuse. Mais il y a entre les deux tous les intermédiaires.

Ce qu'il faut avant tout retenir, c'est que l'iritis est toujours d'origine infectieuse. Cette origine infectieuse peut parfois passer inaperçue: elle n'en existe pas moins, et tous vos efforts doivent tendre à la déceler.

Étant donnée l'importance au point de vue du traitement de la cause, les manifestations extraoculaires de l'affection causale soupçonnée seront recherchées avec soin.

1° La syphilis étant la cause la plus fréquente (60 %), surtout la syphilis acquise, on se rappellera que l'apparition de l'iritis, déjà fréquente au troisième mois, a son maximum au sixième mois après le chancre, et qu'elle coïncide souvent avec des manifestations cutanées (syphilides papuleuses, ecthyma). Le plus souvent monolatérale, l'iritis syphilitique a fréquemment un début insidieux, une marche torpide et

lente; les premiers symptômes peuvent passer inaperçus.

2° Le rhumatisme et la goutte seront ensuite soupçonnés et si le malade vous apprend qu'il a eu autrefois des poussées de rhumatisme articulaire, ou des accès de goutte, que l'attaque d'iritis, très aiguë, du reste, a été précédée ou accompagnée de gonflements articulaires, le traitement institué devra s'en ressentir.

3° Si l'on trouve des manifestations blennorrhagiques du côté des articulations (genou), du côté de l'urèthre, si les symptômes iriens sont très aigus, le diagnostic d'iritis blennorrhagique emportera le pronostic de forme extrêmement douloureuse et sujette à récidives.

4° L'iritis albuminurique est rare, mais il y aura l'iritis diabétique quand un hypopyon abondant existera.

5° Chez la femme, arrivée à l'époque de la ménopause, il faudra songer à l'iritis cataméniale; chez celle qui porte un foyer d'infection possible du côté du vagin, de l'utérus, des trompes, ce sera de l'iritis métritique.

6° Lors de maladies infectieuses, la variole, le typhus, la pneumonie, l'influenza, etc., consécutivement à un foyer d'infection ou à une suppuration du voisinage (dents, pharynx, sinus, etc.) l'iritis peut se voir.

7° Des traumatismes, soit chirurgicaux, soit accidentels pourront produire des iritis traumatiques dont l'origine sera toujours infectieuse.

8° L'iritis sympathique, trouvant sa cause dans une lésion de l'œil opposé, pourra apparaître comme premier signe de cette redoutable affection qui est l'ophtalmie sympathique. Toutefois, l'iris, dans ce cas, n'est pas seul touché: le tractus uvéal est pris et il y a de la cyclite.

Dans toute iritis, les mouvements de la pupille, plus ou moins rétrécie, passant par des alternatives continues de contraction et de dilatation, sont très douloureux. L'iris, d'autre part, est congestionné. Des adhérences, enfin, tendent à s'établir entre le bord pupillaire et la cristalloïde (synéchies postérieures).

Il découle de ces trois phénomènes: douleur, congestion, exsudat, qu'il est indiqué de:

1° Paralyser le sphincter pour mettre l'iris au repos, condition première à réaliser dans toute inflammation;

2° Dilater la pupille pour amener ainsi le rétrécissement des vaisseaux iriens et, par suite, la diminution de l'afflux sanguin;

3° Supprimer le contact de la membrane irienne avec la cristalloïde antérieure, empêcher ainsi les adhérences entre ces deux surfaces et essayer de rompre les synéchies déjà formées.

4° Décongestionner l'œil et agir contre la douleur.

**TRAITEMENT.** — Le traitement sera donc local, les symptômes étant majeurs; il devra être aussi général, la nature de l'iritis ayant la plus grande importance.

## A. TRAITEMENT LOCAL SYMPTOMATIQUE. —

Plusieurs cas sont à considérer d'abord :

I. La tension intraoculaire est normale. — Que la tension intraoculaire soit normale ou même diminuée, que l'œil soit hypotone, c'est le cas le plus habituel.

a) Le moyen le plus important est l'**atropine** qui forme le fond du traitement de l'iritis; elle remplit trois des indications que nous avons posées tout-à-l'heure. Sous son influence, les vaisseaux iriens se contractent, la membrane hyperhémisée tend à s'anémier; l'iris est mis au repos, la dilatation pupillaire tire sur les synéchies et peut souvent les rompre. Mais il faut proportionner la dose d'**atropine** à l'intensité de l'iritis.

Au début la dilatation est parfois difficile à obtenir, car le sphincter est en état de spasme. Aussi renforcera-t-on l'action de l'**atropine** en l'associant à la cocaïne. Formulez :

Collyre n° 1	Chlorhydrate de cocaïne	20 centigr.
	Eau distillée.....	10 grammes
Collyre n° 2	Sulfate neutre d' <b>atropine</b>	2 à 5 centigrammes
	Eau distillée.....	10 grammes

Instiller quatre ou six fois par jour une goutte du collyre n° 1, suivie cinq minutes après d'une goutte de collyre n° 2.

Quand l'inflammation se calme, diminuez la dose d'**atropine**, n'en instillez que juste assez pour maintenir la dilatation.

β) Si l'inflammation est violente, employez les **compresses chaudes**, faites avec la solution d'acide borique à 30 gr. pour un litre d'eau bouillie. Mettez-en trois ou quatre fois par jour pendant une heure, recouvrez d'un carré de flanelle et d'un morceau de taffetas gommé.

γ) Faites une large **émission sanguine** au moyen d'une ventouse Heurteloup, ou mieux de deux à trois sangsues à la tempe malade.

Cette médication antiphlogistique vous donnera les meilleurs résultats : la rougeur de l'œil diminuera, les douleurs disparaîtront presque et le malade recouvrera le sommeil. De plus cette saignée locale, en décongestionnant l'iris, rendra l'action du mydriatique plus efficace et facilitera la dilatation de la pupille.

δ) Si cela ne suffit pas, provoquez un forte transpiration, usez des **sudorifiques**, faites une injection sous-cutanée de pilocarpine.

{	Nitrate de pilocarpine..	20 centigrammes
	Eau distillée bouillie...	10 grammes

dans un flacon stérilisé.

Injectez sous la peau de l'avant-bras, avec les précautions antiseptiques ordinaires, huit à dix gouttes de cette solution, le malade étant à jeun et au lit, chaudement couvert, tout le temps que dureront la salivation et la sudation.

Répétez deux jours après, en augmentant la dose, selon le résultat obtenu et la tolérance du malade.

ε) Ajoutez, dans les cas rebelles, des frictions d'**onguent mercuriel belladonné** sur le front.

Soustrayez l'œil à l'action de la lumière. Le malade sera tenu dans une **chambre obscure**, sous un bandeau flottant, non compressif ou sous des lunettes fumées.

Vous exigerez le repos complet des deux yeux, puisque la contraction d'une pupille provoque celle de l'autre.

ζ) Si la douleur n'a pas cédé à la médication antiphlogistique et décongestionnante, l'**antipyrine** (1 à 2 gr.) ou exceptionnellement la morphine en injections sous-cutanées, trouveront leur indication.

II. La tension oculaire est augmentée. — Quand la tension oculaire a augmenté, quand l'œil est hypertone, c'est l'iritis glaucomateuse.

Le mydriatique devient ici inutile et dangereux, il n'agit plus, il ne fait qu'augmenter l'hypertonie et les douleurs. Il faut le supprimer.

α) Multipliez les émissions sanguines, les calmants, les compresses chaudes. Les myotiques sont indiqués. Prescrivez :

{	Nitrate de pilocarpine.	10 centigrammes
	Eau distillée.....	10 grammes

Instillez trois ou quatre fois par jour, une goutte dans l'œil. Associez ou non le collyre à la cocaïne.

β) Dans les cas rebelles, faites une paracentèse de la cornée. Cette petite opération diminuera le tonus et permettra au mydriatique d'agir. Une iridectomie ne sera pratiquée qu'exceptionnellement au cours de l'attaque d'iritis glaucomateuse.

III. La pupille est à l'état de séclusion. — L'attaque d'iritis est terminée, le malade vient vous consulter, quand tous les phénomènes inflammatoires ont disparu. Il ne s'agit plus d'iritis à proprement parler, mais bien d'un état pathologique consécutif. La pupille est à l'état d'occlusion ou de séclusion ; ou il y a des synéchies.

α) Employez ici encore l'**atropine** à doses répétées, de façon à dilater la pupille au maximum, ou bien combinez l'emploi d'un myotique avec celui d'un mydriatique. Formulez :

Collyre {	Sulfate d'éserine.....	10 centigrammes
	Eau distillée.....	10 grammes

Instillez quelques gouttes de ce collyre ; la pupille se rétrécira au maximum. Instillez alors quelques gouttes de

Collyre {	Sulfate neutre d' <b>atropine</b>	5 à 10 centigr.
	Eau distillée.....	10 grammes

Ces mouvements alternatifs de la pupille pourront encore avoir raison des synéchies.

β) Vous pouvez essayer d'aller déchirer les synéchies (corélyse, synéchitomie, iridorhexis).

γ) En cas d'échec, laissez les choses en l'état, si les synéchies n'occasionnent ni inflammation récidivante, ni fatigue oculaire.

8) Sinon, et surtout dans le cas d'occlusion pupillaire, rétablissez la communication entre les deux chambres antérieure et postérieure par une large **iridectomie** à la fois antiphlogistique et optique, supéro-interne de préférence.

### B. TRAITEMENT GÉNÉRAL ET ÉTIOLOGIQUE. —

Recommandez une alimentation émolliente, modérée; supprimez les boissons alcooliques, répétez les purgatifs légers; le repos au lit ne sera nécessaire que dans les cas très graves, le séjour à la chambre obscure suffira le plus souvent.

Mais le traitement général que vous prescrirez, doit surtout puiser ses indications capitales dans les notions étiologiques recueillies. Sans exposer ce traitement en détail, pour chacune des affections causales, quelques renseignements succincts sont nécessaires.

**Syphilis.** — Au cas de syphilis constatée ou soupçonnée, le traitement mercuriel doit être appliqué le plus vite possible et dans toute sa rigueur; l'iritis syphilitique est une manifestation souvent rebelle et dont le pronostic est grave, si on l'abandonne à elle-même. Les frictions constituent le procédé de choix. Prescrivez :

Onguent napolitain 80 grammes en 20 boîtes

Une boîte par jour pour une friction

Vous pouvez aussi employer la voie sous-cutanée et prescrire :

{	Biiodure de mercure. . . . .	15 centigrammes
{	Huile stérilisée . . . . .	30 grammes

Injectez avec les précautions ordinaires un centimètre cube dans la profondeur de la fesse. Faites vingt-cinq ou trente injections successives, puis cessez, et ordonnez l'iodure de potassium.

Aux frictions, joignez l'iodure à l'intérieur.

{	Iodure de potassium	15 grammes
{	Eau distillée. . . . .	250 grammes

Une à deux cuillerées à potage, dans un demi bol de lait, avant le repas principal.

L'affection étant guérie ou améliorée, continuez longtemps le traitement (pendant plusieurs mois), prescrivez avec des intervalles de repos :

Sirop {	Biiodure d'hydrargyre. . . . .	10 centigrammes
	Iodure de potassium. . . . .	15 grammes
	Sirop de quinquina. . . . .	250 grammes

Une cuillerée par jour, avant le repas.

Ne négligez pas les soins de la bouche, si vous voulez éviter la stomatite, faites faire des lavages de la bouche avec un gargarisme au chlorate de potasse à 10 pour 300 et faites frotter, après le repas et le matin, les dents avec la poudre dentifrice :

{	Poudre de charbon. . . . .	5 grammes
{	Poudre de quinquina. . . . .	
{	Essence de menthe. . . . .	III gouttes

N'employez pas la brosse dure, le doigt suffit.

**Rhumatisme.** — Dans la forme de soude en cachets de 1 gr. cha ou encore :

{	Salicylate de lithine. . . . .
{	Bicarbonate de soude. . . . .

en un cachet. Deux à quatre par jour

Dans la forme chronique, l'iodure

Pour la goutte, les préparations quées.

**Blennorrhagie.** — Le salicylate rendra des services; ajoutez-y santal), mais soignez la muqueuse

**Autres causes.** — A la scrofule, le traitement hygiénique : huile d'air, le repos, la suralimentation,

Contre le diabète, l'albuminurie spécial.

**Maladies infectieuses.** — Les foyers d'infection, voisins ou sinus, utérus, trompes, etc.), les lésions des parties voisines de paupières).

**Traumatisme.** — En cas d'iritis des corps étrangers, excisez les port thermos ou au galvano; pansez

**Iritis sympathique.** — Enfin, ce qui n'est que le début de l'ophtalmie, pas à faire l'énucléation de l'opération sera d'autant plus efficace plus tôt.

## BIBLIOGRAPHIE

Les Trois leçons sur la médecine par le professeur LAGUESSE, *Médical du Nord* en 1901, ou brochure, que nos lecteurs trouveront chez Taillandier, rue Faidherbe, 2

## NOUVELLES & INFORMATIONS

**Fonctions civiles que les médecins sont autorisés à accepter et la situation des officiers du corps de santé.**

Un décret en date du 29 mai 1890 ministérielles du 23 février 1890 relatives à la mise hors cadres des candidats à des fonctions civiles. Les situations qui seront désormais en vigueur

**Officiers du corps de santé susceptibles de remplir des fonctions civiles. — auxquelles ils peuvent prétendre**

Article premier. — Les officiers



*Dispositions spéciales aux officiers du corps de santé qui ont obtenu leur mise hors cadres, sans solde, avant la promulgation du présent décret, pour remplir des fonctions civiles, soit dans les Facultés et Ecoles de médecine ou de pharmacie, soit dans les Instituts Pasteur.*

Art. 7. — En temps de paix, ces officiers du corps de santé pourront être maintenus dans la position hors cadres, tant qu'ils rempliront les fonctions dont ils sont actuellement chargés ou des fonctions similaires et qu'ils ne demanderont pas, d'eux-mêmes, à être réintégrés dans l'armée.

Les dispositions des articles 4 et 5 du présent décret leur sont applicables.

Toutefois, si des propositions pour la Légion d'honneur, au titre militaire, ont été établies en leur faveur, avant la promulgation du présent décret, ces propositions pourront être renouvelées sans qu'il y ait lieu d'opérer la déduction du temps passé hors cadres, conformément au deuxième alinéa de l'article 4 du présent décret.

Si les officiers du corps de santé appartenant à la catégorie visée au présent article 7 venaient à être réintégrés dans l'armée, par suite de l'état de guerre, ils seraient autorisés à solliciter de nouveau, après la conclusion de la paix, une mise hors cadres, sans solde, et sans limite de durée, en vue de reprendre leurs anciennes fonctions civiles ou d'exercer des fonctions similaires.

*Dispositions spéciales aux officiers du corps de santé qui ont été autorisés avant la promulgation du présent décret à remplir des fonctions civiles près d'une Faculté ou d'une Ecole de médecine, tout en occupant un emploi militaire de leur grade dans la ville où est établie cette Faculté ou Ecole.*

Art. 8. — Ces officiers du corps de santé ne seront pas mis en demeure de demander leur mise hors cadres, conformément aux dispositions de l'article 3 du présent décret, mais ils restent à la disposition absolue du ministre de la guerre. Ils pourront, d'ailleurs, obtenir la mise hors cadres sans solde, s'ils en font spontanément la demande, et ils seront admis, au cas où ils seraient placés dans cette position, à bénéficier des clauses spéciales édictées par l'article 7 du présent décret.

La nouvelle Chambre comptera cinquante-trois médecins et huit pharmaciens : MM. les docteurs HERBET, de l'Ain ; DELARUE, de la Creuse ; GACON, de l'Allier ; LACHAUD, de la Corrèze ; CLAMENT, de Saône-et-Loire ; POURTEYRON, de la Gironde ; BORNE, du Dubs ; ISAMBARD, de l'Eure-et-Loir ; DAVID, de l'Indre ; VAZEILLE, de la Marne ; REY, de l'Isère ; TURIGNY, de la Nièvre ; DEFONTAINES, du Nord ; BARROIS, du Nord ; CHAMBIGE, du Puy-de-Dôme ; DASQUE, de Lot-et-Garonne ; DE LANESSAN, du Rhône ; SIMYAN, de Saône-et-Loire ; EMPEREUR, de la Savoie ; CHAUTEMPS, de la Savoie ; DELBET, du Tarn-et-Garonne ; BOURGEOIS, de la Vendée ; BOUTARD, du Rhône ; SARRAZIN, de la Dordogne ; DRON, du Nord ; BAUDON, de la Loire ; DUBOIS, de la Seine ; MERLOU, de l'Yonne ; THIVRIER, de l'Allier ; MAROT, du Maine-et-Loire ; MICHEL, des Bouches-du-Rhône ; SABATIERIE, de l'Ain ; VACHERIE, de la Corrèze ; AUBRY, de la Haute-Marne ; CLÉMENT, du Var ; ROUBY, de la Corrèze ; SIREYJOL, de la Dordogne ; DÈCHE, du Lot-et-Garonne ;

BICHON, du Maine-et-Loire ; CACHET, du Rhône ; MESLIER, de la Seine ; DUBUISSON, de la Vienne ; CAZAUVI VIGNÉ, de l'Hérault ; DEVINS, de la de la Meurthe-et Moselle ; DUBIEF, de la Seine ; VAILLANT, de la Seine ; OISE ; DE MAHY, de la Réunion so cinquante-trois médecins. Les ph ASTIER, de l'Ardèche ; BACHIMONT, de l'Yonne ; DELMAS, de la Charente-Var ; VILLEJEAN, de l'Yonne ; FÉRON, des Landes.

## UNIVERSITÉ DE

### Abréviation du délai d'ajourne de médecine

On se rappelle qu'aux termes d'un trois ans environ, la durée du d chaque épreuve d'un examen de m trois mois au premier échec ; à cha même épreuve, cette durée devait de trois mois ; enfin il ne pouvait é tion du délai d'ajournement qu'au épreuve.

Un décret en date du 29 mai quelque tempérament à cette régler les délais d'ajournement « peuve mois au premier échec, de deux mo mois au maximum au troisième, pa de la Faculté ou Ecole ou de la nommée par lui.

*Ecole de médecine d'Amiens.* — BERNARD est institué, pour une péri pléant des chaires de pathologie et c

## UNIVERSITÉ DE

Le Concours d'adjuvat s'est term de MM. CHEVASSU, HALLOPEAU, TRID GRÉGOIRE et BOUCHET.

## HOPITAUX DE

*Concours de dentiste adjoint.* — Ce par la nomination de MM. CAPDEPON

*Concours d'oto-rhino-laryngologie.* une place de laryngologiste des hôp la nomination de M. LOMBARD.

— Ont été nommés, après conc hôpitaux, MM. les docteurs OMBRED.

## UNIVERSITÉS DE F

*Marseille.* — M. le docteur JUGI concours, chirurgien-adjoint.

— Nous relevons parmi les récer

re et de l'armée territo-  
promus *médecins majors de*  
MM. les docteurs PEUGNIEZ  
; *médecins majors de 1<sup>re</sup>*  
docteur SEROT, d'Avesnes ;  
*de réserve* : MM. les doc-  
(Pas-de-Calais) ; MARIAGE,  
, de Beaurevoir (Aisne) ;  
ETS, de Tourcoing (Nord) ;  
bles (Somme) : GRAND, de  
elain (Somme) ; PRUVOST,  
Heul (Nord) ; LESTOCQUOY,  
e Lille ; RYCKEWAERT, de  
d'Armentières (Nord) ;  
; GALLOIS, de Lille.  
e 1<sup>re</sup> classe SYLVESTRE est  
interne à Péronne.

### norifiques

promus *Officier* : M. le  
*Chevaliers* : MM. PRUDHAM,  
rine ; le docteur GIBRAY,  
ine ; DURAND-FARDEL, de

été décernées, la *medaille*  
; de Guéret (Creuse) ; la  
IRS DEROYER, de Fougères  
assy (Marne) ; la *medaille*  
FILS, de Clamecy (Nièvre) ;  
ise) : DUTEIL, d'Aubusson,  
de Infér.), MABRENIER, de  
AND DELILLE ; AUBERTIN ;  
MATHÉ ; NATTAN (internes  
ON (interne provisoire à  
; CALVÉ ; CHASTENET DE  
IN ; RIGOLLOT-SIMONNOT et  
aux de Paris.

### rie

ir à nos lecteurs la mort  
; ancien chirurgien des  
Faculté de médecine de  
ôpitaux de Paris ; FALRET,  
la Salpêtrière ; CHARTIER,  
édicale à l'Ecole de méde-  
ix, médecin de l'hôpital  
s) ; PIGEOLET, ancien séné-  
; médecine de Belgique ;  
deux-Sèvres) ; SAUVE, de  
édecin de la ville d'Alger ;

35 ans. Nous adressons à  
n vives condoléances.

RHES. — **L'Emulsion**  
réparation créosotée. Elle  
extoration. De 3 à 6 cuille-  
lon ou tisane.  
and. — *Trait de méd.*)

**STÈME NERVEUX**  
**PRUNIER**  
e Chaux pur)

## Statistique de l'Office sa 20<sup>e</sup> ET 21<sup>e</sup> SEMAINES, DU 11

### AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE

0 à 3 mois . . . . .	
3 mois à un an . . . . .	
1 an à 2 ans . . . . .	
2 à 5 ans . . . . .	
5 à 10 ans . . . . .	
10 à 20 ans . . . . .	
20 à 40 ans . . . . .	
40 à 60 ans . . . . .	
60 à 80 ans . . . . .	
80 ans et au-dessus . . . . .	
Total . . . . .	

NAISSANCES par quartier	7	23	31	45
-------------------------	---	----	----	----

TOTAL des DÉCÈS	41	38	24	37
-----------------	----	----	----	----

Autres causes de décès	3	15	6	13
------------------------	---	----	---	----

Homicide	»	»	»	»
----------	---	---	---	---

Suicide	»	»	»	»
---------	---	---	---	---

Accident	»	1	»	»
----------	---	---	---	---

Autres tuberculoses	»	»	»	»
---------------------	---	---	---	---

Méninges tuberculeuses	»	1	»	»
------------------------	---	---	---	---

Phthisie pulmonaire	1	5	2	7
---------------------	---	---	---	---

Diarrée chronique	»	»	»	»
-------------------	---	---	---	---

plus de 5 ans	»	»	»	»
---------------	---	---	---	---

de 2 à 5 ans	»	»	»	»
--------------	---	---	---	---

moins de 2 ans	1	2	3	2
----------------	---	---	---	---

Maladies organiques du cœur	»	4	3	3
-----------------------------	---	---	---	---

Bronchites et pneumonies	1	3	4	2
--------------------------	---	---	---	---

Apoplexie cérébrale	2	2	3	2
---------------------	---	---	---	---

Autres	»	1	»	»
--------	---	---	---	---

Couquenché	1	»	»	»
------------	---	---	---	---

Grippe et diphtérie	»	»	»	»
---------------------	---	---	---	---

Pneumonie typhoïde	»	»	»	»
--------------------	---	---	---	---

Scarlatine	»	»	»	»
------------	---	---	---	---

Rougeole	»	»	»	»
----------	---	---	---	---

Varicelle	2	4	1	3
-----------	---	---	---	---

Total	44	3	2	14
-------	----	---	---	----

Repartition des décès par quartier				
------------------------------------	--	--	--	--

Hôtel-de-ville, 19,892 hab.				
-----------------------------	--	--	--	--

Gare et St-Sauveur, 27,670 h.				
-------------------------------	--	--	--	--

Moulins, 24,947 hab.				
----------------------	--	--	--	--

Wazemmes, 38,782 hab.				
-----------------------	--	--	--	--

Vauban, 20,384 hab.				
---------------------	--	--	--	--

St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.				
--	--	--	--	--

Esquermes 11,381 hab.				
-----------------------	--	--	--	--

Saint-Maurice, 11,212 hab.				
----------------------------	--	--	--	--

Fives, 24,191 hab.				
--------------------	--	--	--	--

Canteleu, 2,836 hab.				
----------------------	--	--	--	--

Sud, 5,808 hab.				
-----------------	--	--	--	--

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT  
5 fr. par an.

Valeur postale : 6 fr.

ABONNEMENT  
pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. CONBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX :** Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Sauveur, M. le professeur **H. Folet** ; Kyste du mésentère : Leçon recueillie par **M. Davrinche**, interne du service. — Sur quatre cas d'infantilisme par hypothyroïdie secondaire, par le Dr **E. Ausset**, professeur agrégé, chargé de cours à l'Université de Lille. — Action du sérum antipancréatique sur le pouvoir amylolytique du sérum sanguin, par **MM. H. Surmont** et **J. Drucbert**. — SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD (Séance du 13 juin 1902). — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Sauveur

M. le Professeur **H. Folet**

#### Kyste du mésentère

Leçon recueillie par **M. Davrinche**, Interne du service

MESSIEURS,

Je veux vous parler aujourd'hui d'un homme au sujet duquel nous avons eu bien des hésitations et dont le diagnostic clinique est resté en suspens jusqu'à la laparotomie qui a excusé en quelque sorte nos incertitudes ; car, en nous révélant la maladie, elle nous a montré que le malade ne présentait pas les symptômes classiques de l'affection dont il souffrait.

Cet homme, ouvrier mineur d'une trentaine d'années environ, qui nous est adressé par notre distingué confrère le Dr **HERNU**, d'Auchel, avait toujours eu une santé excellente quand, il y a six semaines, il ressentit

subitement des douleurs abdominales qui l'obligèrent de cesser son travail. Il constatait en même temps qu'il avait dans le ventre, à l'endroit douloureux, une assez grosse tumeur dont il n'avait pas soupçonné l'existence jusqu'alors. Les symptômes douloureux tourmentaient seuls le malade ; il n'y avait ni constipation, ni troubles intestinaux ou urinaires.

Quand ce malade s'offrit à notre examen, il présentait dans la fosse iliaque gauche une tumeur de la grosseur d'un très petit melon, paraissant de consistance liquide, régulière et sans bosselures, de forme oblongue, très peu mobile, mate à une percussion même superficielle et sans zone de sonorité antérieure.

Que pouvait être cette tumeur ? Un kyste intra-abdominal : — kyste de la rate ? ils sont ordinairement situés dans l'hypocondre gauche ; — kyste du pancréas ? ils sont situés beaucoup plus haut que dans notre cas ; — kyste du mésentère ? Ces kystes, d'après **AUGAGNEUR** et les auteurs qui se sont occupés de la question, présentent trois grands symptômes cardinaux : ils sont médians, mobiles latéralement et séparés de la paroi abdominale par une zone de sonorité ; en-dessous du kyste, près du pubis, on trouve une autre zone de sonorité. Aucun de ces symptômes n'existait ici. Fallait-il se rejeter vers l'idée d'une poche purulente, par exemple d'un abcès venant de la face antérieure des vertèbres lombaires, abcès appendu à la colonne vertébrale comme une gourde de pèlerin et venant faire saillie sous la paroi



ans ce cas et depuis  
du rachis et du  
ait absolument.

phrose qui est due,  
lique des calices et  
onéphrose se trouve  
anc et il aurait fallu  
existence d'un rein  
e plicature. C'était

De plus l'hydro-  
symptômes carac-  
is pas. D'autre part,  
geamment pratiqué  
ntrait que l'uretère  
e pression exercée  
ement les éjacula-

n seul parti était à  
loratrice.

e. Dès l'ouverture  
l s'agissait d'une  
le mésentère, au  
. Nous avons donc  
n dépit de l'absence  
re de tumeurs.

pelle, est un repli  
adhérent est inséré  
re, plissé, enferme  
uilletts latéraux qui  
tissu cellulaire, des  
quelques ganglions

dans le mésentère  
épartir en plusieurs

que que l'on peut  
eux, séreux et séro-

ent le plus souvent  
WOLF :

miers. Autrefois, on  
e d'hygroma déve-  
lère ; mais l'examen  
e lymphatique. Ils  
latation d'un vais-  
alors une véritable  
bien par une néo-

plasie ganglionnaire bénigne : lymphangiome kys-  
tique.

Les kystes du mésentère ont pour caractères habi-  
tuels, je le répète, d'être médians, mobiles latéralement  
et de présenter sur leur face antérieure une zone de  
sonorité. Cette symptomatologie classique est d'ail-  
leurs, dans la plupart des cas, fort aisément compré-  
hensible : Un kyste, de volume ordinaire, développé  
dans la partie moyenne ou supérieure du mésentère  
et vers l'insertion vertébrale, distendant également les  
deux feuilletts séreux à gauche et à droite, participe  
naturellement de la médianité et de la mobilité bilaté-  
rale du repli séreux flottant d'un côté à l'autre ; et il a  
au-devant et au-dessous de lui un écran sonore  
d'anses intestinales. Mais il faut peu de chose pour  
que ces conditions anatomiques changent ; si peu de  
chose que je m'étonne que cela ne se rencontre pas  
plus souvent. Que le kyste, né près du bord intestinal  
du mésentère, dilate, force particulièrement une  
des lames du repli séreux au lieu de se tenir en équi-  
libre entre les deux, le voilà qui se coiffe de cette  
lame, la lame gauche par exemple, et qu'il déjette et  
luxé à sa droite l'intestin primitivement situé devant  
lui et duquel il se dégage, arrivant ainsi à se mettre  
en contact avec la paroi abdominale ; le kyste sera  
donc latéral et mat. Qu'il émane de la partie inférieure  
du mésentère, et, comme il n'aura plus au-dessous  
de lui de coussin intestinal, la sonorité sus-pubienne  
manquera comme la sonorité pré-kystique. Que des  
adhérences, dues à quelques poussées subaiguës de  
légère et partielle péritonite plastique, l'unissent au  
côlon descendant, à un de ces côlons bien fixés par un  
ligament phréno-colique solide, et il n'y aura plus  
de mobilité. Voilà toute la triade symptomatique a  
vau-l'eau. C'est vraisemblablement ce qui s'est passé  
chez notre malade.

Que devons-nous faire en présence d'un semblable  
kyste ? La première idée qui vient à l'esprit, c'est de  
l'enlever tout entier, d'énucléer toute la poche ; et  
cette idée est très rationnelle. Malheureusement une  
semblable pratique est remplie de dangers pour le  
présent et pour l'avenir.

La décortication est souvent très difficile et expose  
à la rupture de la poche liquide dans le ventre ;  
l'intestin risque d'être ouvert au cours de cette dissec-  
tion pénible et laborieuse ; d'où possibilité d'infection  
et de péritonite.

Outre ces périls immédiats, les violences exercées

sur les vaisseaux intra-mésentériques, les ligatures que l'on sera amené à mettre sur eux, les thromboses ultérieures qui peuvent en résulter, sont de nature à compromettre gravement la vitalité d'un segment intestinal; d'où sphacèle des parois et perforation mortelle possibles.

BRAQUEHAYE et BÉGOVIN ont établi que cette extirpation donne le chiffre énorme de 40 % de mortalité.

La conduite la plus prudente consiste à marsupialiser le kyste, c'est-à-dire à ouvrir la poche et à fixer les bords de l'ouverture à la paroi abdominale. C'est ce que nous avons fait : nous avons ponctionné comme s'il s'était agi d'un kyste de l'ovaire et il est sorti un liquide légèrement brunâtre, d'apparence hydronéphrotique. Cette marsupialisation est ordinairement bénigne; d'après BRAQUEHAYE et BÉGOVIN, elle donne 10 0/0 de mortalité. Et, si ce chiffre est encore si élevé, c'est que, d'après ces auteurs, la marsupialisation n'a été faite dans beaucoup de cas qu'après des tentatives infructueuses d'ablation. La marsupialisation d'emblée, sans autre manœuvre, doit guérir presque toujours. Elle est certainement moins satisfaisante pour l'esprit; on a conscience de ne pas faire une opération complète, radicale. Mais la sécurité du malade doit primer ces considérations secondaires.

Il faut dire toutefois que la marsupialisation offre par elle-même quelques inconvénients : d'abord la guérison est longue; elle se fait par oblitération progressive de la poche; et cette oblitération est fort lente, elle dure souvent au moins 3 mois et parfois 6 ou 7 mois.

D'autres inconvénients sont encore à envisager; ainsi il peut survenir de l'éventration, car on ne ferme pas complètement la paroi abdominale.

D'un autre côté, la guérison une fois obtenue, la poche fasciculée et oblitérée s'est transformée en un cordon fibreux, une bride antéro-postérieure; et cela est si vrai qu'on a un enfoncement marqué de la peau. Cette corde, ainsi tendue, pourra éventuellement donner lieu à des étranglements. C'est là un danger lointain, mais réel cependant.

Pour parer à ces inconvénients, j'ai l'intention de recommander à notre malade qui, opératoirement guéri, va sortir de l'hôpital et retourner chez lui après un mois de séjour dans nos salles, portant encore un drain dans le trajet tunnelliforme du kyste marsupialisé, je lui recommanderai, dis-je, de revenir à l'hôpital dans quelques mois quand il sera bien guéri,

et que la bride fibreuse, définitivement constituée, aura produit la rétraction de la paroi. Alors je lui proposerai l'opération suivante :

Laparotomie à courte incision, huit centimètres. J'accrocherai et chargerai sur mon doigt le cordon fibreux cylindroïde inséré à la paroi ventrale et le sectionnerai au ras de cette paroi. Puis, ayant jeté autour de lui, s'il saigne, une ligature de précaution, je l'abandonnerai dans l'abdomen où il se rétractera, inoffensif. Je profiterai de l'occasion pour reconstituer, si possible, les plans musculaires et fibreux de la paroi.

Par cette opération, très bénigne assurément, je parerai au danger éventuel d'occlusion future par bride fibreuse intra-abdominale et à l'inconvénient possible d'une éventration.

#### Sur quatre cas d'infantilisme par hypothyroïdie secondaire (1)

par le Dr E. Ausset, professeur agrégé, chargé de cours  
à l'Université de Lille

Depuis les remarquables travaux d'HERTOGHE, il s'est établi un courant d'opinion très manifestement favorable à la théorie de l'origine uniquement dysthyroïdienne de tous les cas d'infantilisme. Par une analyse minutieuse des faits, le médecin anversoïis s'est rendu compte que ce que l'on décrivait sous le nom d'infantilisme type LORAIN devait être rattaché à un trouble de la fonction thyroïdienne, et qu'il ne s'agissait pas ici d'autre chose que d'une manifestation de la souffrance de la glande thyroïde. Dans mon rapport au congrès de Nantes (sept. 1901) étudiant les observations d'HERTOGHE et y ajoutant des faits personnels, je conclusais qu'il n'y avait pas deux sortes d'infantilisme, ou, pour parler plus exactement, que la distinction faite par BRISAUD entre l'infantilisme myxœdémateux et l'infantilisme type LORAIN ne résistait pas à une discussion et à une observation un peu serrées, et je considérais, avec HERTOGE, qu'il s'agit, dans les deux circonstances, d'un infantilisme par hypothyroïdie. J'ajoutais : l'infantilisme myxœdémateux classique peut-être considéré comme une hypothyroïdie primitive, l'infantilisme type LORAIN, comme une hypothyroïdie secondaire.

Mon élève, M. le Dr BRETON, a bien montré dans sa remarquable thèse inaugurale (Lille, décembre 1901) que chez tous ces sujets rachitiques, syphilitiques héréditaires, anangioplasiques, etc... dont le développement de l'orga-

(1) Communication faite à la Société Centrale de Médecine du Département du Nord, à laquelle trois de ces malades ont été présentés dans la séance du 28 mars 1902.

d'un pannicule adipeux extraordinairement le ventre est très gros. Les yeux sont peu et l'enfant, qui ne parle que peu, s'intéresse à ce qui se passe autour de lui. La photo- nous montre cet enfant le 25 février, alors déjà subi près d'un mois de traitement thy- ce moment on put le faire tenir tranquille, les tentatives faites, les premiers jours de r le photographe furent vaines : l'enfant stamment et nous n'obtenions que de mau- ves, sur cette photographie n° 1 on jugera de re petite malade. Outre ce facies et cet aspect s trouvons que si les testicules sont normaux absolument rudimentaire. Le prépuce existe, u développe ; mais quand on saisit cette verge, is de constater qu'il n'y a presque rien que de la peau ; le gland, les corps caverneux n'à peine, c'est un vrai fil qui est en-dessous

la bouche ouverte et bave presque constam-

s alors le traitement thyroïdien à la dose de 5 centigr. par jour de poudre de corps thy- rd'hui l'enfant prend 0 gr. 30 centigr. par tographie n° 2 montre mieux que n'importe ses les améliorations produites par la théra- enfant est devenu gai, joue, s'intéresse à tout ; lus ; il parle, il a grandi de 2 cent. 1/2 en deux mois ; les organes génitaux ne sont pas encore très notablement modifiés.

Il est évident, les résultats thérapeutiques en font foi (naturam morborum curationes ostendunt), que nous avions affaire ici à un hypothyroïdien.

Or, si l'on veut bien examiner les faits de plus près, on constatera que cet enfant s'est développé physiquement et intellec- tuellement d'une façon tout à fait normale jusqu'à l'âge de 17 mois, époque à laquelle il a fait une gastro-entérite grave. C'est à la suite de cette gastro-entérite qu'il a pré- sente cet arrêt de développement ; il me paraît donc évident que les microbes, ou les poisons sécrétés par eux, au niveau du tube digestif sont allés agir sur sa glande thyroïde. Il s'est passé ici un fait semblable à celui qui se passe dans le rachitisme, qui n'est en somme que l'aboutissant de la gastro-entérite chronique ; dans la gastro-entérite chronique, ou dans le rachitisme, les tés au niveau du tube digestif vont agir sur nes et particulièrement sur le sang et les atopoiétiques. Le foie, la rate, les ganglions, - use, etc... sont malades ; quoi de surprenant glande thyroïde soit prise au même titre es, soit qu'elle subisse des altérations ana- it que son fonctionnement soit simplement succès de la médication thyroïdienne nous a nature particulière des accidents ; or, ces

accidents se sont produits à la suite de troubles gastro-intestinaux. Nous sommes donc autorisés à dire qu'ici l'hypothyroïdie a créé un infantilisme *secondaire*, tel que celui qu'on décrivait sous le nom d'infantilisme type LORAIN.

OBSERVATION II. — Voici un autre enfant qui m'a été amené à l'hôpital, le 21 février 1902.

S..., Léon, deux ans et demi, né à terme, sans antécédents héréditaires. Nourri au sein jusqu'à quinze mois, sans règle aucune; puis a été mal sevré; a mangé immédiatement de la viande, bu de la bière et du café.

Celui-ci n'a pas eu, comme le malade précédent, de grands accidents gastro-intestinaux. Il a de la gastro-entérite chronique; souvent très constipé, avec des selles odorantes et glaireuses, avec un très gros ventre, il a de temps à autre de la diarrhée. Chapelet rachitique costal, nouures épiphysaires des poignets. Fontanelle antérieure incomplètement fermée; ne marche pas, ne parle pas. La mère nous dit d'elle-même que son enfant, qui semblait bien pousser, bien se développer, dont l'intelligence paraissait normale, est devenu sombre depuis un an environ, son développement général s'est mal effectué, mais c'est surtout son intelligence dont le retard l'a le plus frappée. Il reste constamment affaissé sur sa chaise, ne s'occupe de rien, ne joue pas; ses yeux sont sans vivacité, c'est à peine s'il regarde quand on l'appelle. La peau est devenue sèche, comme écaillée, très épaisse, doublée d'un très gros pannicule adipeux; au cou il y a un bourrelet énorme formé par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Les mamelons ont une forme bizarre, ils sont comme rétractés, ont iliqué; la verge est normale, le testicule droit également; le testicule gauche est à peine gros comme un petit pois fin. L'enfant a absolument l'aspect idiot et j'insiste, sur ce point, il y a un an il avait l'apparence intelligente des enfants de son âge, et c'est justement la modification croissante de cette intelligence qui a le plus frappé sa mère.

Je le mets au traitement thyroïdien: 0 gr. 15 de poudre par jour, puis 0,30 au bout de quinze jours; je n'ai pas ici ses photographies, mais la Société peut se rendre compte que cet enfant a maintenant un aspect d'un bébé auquel on ne peut plus appliquer l'épithète d'idiot. Le facies est encore lunaire, mais il rit, s'intéresse à ce qu'on lui fait, joue et commence à parler. Je ferai remarquer qu'il n'y a pas encore cinq semaines qu'il suit le traitement.

thyroïdienne et par infantilisme secondaire.

J'ai tenu à rappeler bien que je du traitement et au car je ne les ai vus mais j'ai désiré par malades à la Société lument des deux par s'agit d'un malade de la séance, mais de Je parlerai d'abord encore très typique à l'occasion de trou

OBSERVATION III. m'est adressée par CAPRON, de Biache-devoir de rendre hortic très exact et très tique peu courante.

L'enfant est née à A été nourrie à la s

Je ferai ici les mêmes observations que pour le cas précédent; l'enfant se développait bien physiquement et intellectuellement; puis son développement s'est arrêté. Sous quelle influence? Il n'y pas ici la grande crise intestinale de notre bébé précédent; mais nous avons affaire à un rachitique, c'est-à-dire à un intoxiqué dans tous ses organes par la gastro-entérite chronique. C'est cette intoxication qui a amené, à mon sens, le trouble de la fonction

encore seule, a besoin marcher; parle à peine épaisse et sèche, tist facies lunaire, aspect ne va jamais sans larmes Urine et défèque sous lait et des œufs. A dent a poussé à 14 m fontanelle antérieure Comprend à peu près

Voilà donc une enfant rachitique, atteinte de gastro-entérite chronique. Si l'on veut considérer les deux photographies ci-jointes qui m'ont été remises par la mère, on peut considérer que la photographie n° 3, prise à l'âge de 15 mois, nous montre une enfant d'un développement sensiblement normal au point de vue physique; l'aspect semble peu intelligent déjà, cela est vrai, mais la mère nous affirme qu'à cette époque l'enfant jouait avec plaisir, semblait comprendre mieux que maintenant et que c'est surtout à partir de cet âge que le développement physique et intellectuel s'est arrêté ou du moins peu effectué. Si l'on considère en effet la photographie n° 4, prise le 28 mars 1902, l'enfant ayant 4 ans et 3 mois, on sera surpris du peu de différence dans le développement physique de cette enfant entre l'âge de 15 mois (fig. 3) à celui de 4 ans (fig. 4) et du facies bien moins intelligent. La mère est très explicite sur ce point, je le répète à dessein; c'est au cours de la seconde année qu'elle a vu son enfant perdre son intelligence et ne plus se développer. Le rachitisme et la gastro-entérite sont ici frappants, et je ne crois pas qu'il soit possible de nier le rapport de cause à effet entre les troubles du développement et l'affection gastro-intestinale chronique. C'est encore un infantilisme secondaire lié à la gastro-entérite chronique, au rachitisme.

En outre du traitement thyroïdien, j'ai prescrit une hygiène alimentaire et une thérapeutique intestinale appropriées; nous verrons le résultat (1).

**OBSERVATION VI.** — L....., Marcel, 4 ans, de Tourcoing, m'est adressé à l'hôpital de la Charité par mon excellent collègue et ami le Dr GAUDIER, le 26 mars 1902. Je ne puis donc donner ici de résultats thérapeutiques ni de photographies comparatives puisqu'il y a seulement deux jours que je le soigne.

Il est né à terme. A eu un frère né avant terme, à 8 mois; un autre bien portant. Père et mère bien portants.

Je n'ai pas de renseignements précis sur la façon dont il a été alimenté, car les parents l'ont placé en nourrice; mais ce qu'il y a de sûr c'est qu'il a été nourri au biberon et que lorsqu'il a été retiré de nourrice il était en mauvais état et avait de la gastro-entérite. Il est à peine développé comme un enfant de deux ans; dit seulement papa et maman. n'a marché qu'à trois ans, a eu sa première dent à deux ans. Sa fontanelle antérieure est fermée. Gros ventre, nouures épiphysaires aux poignets et aux tibias; chapelet costal. Peu intelligent, ne joue jamais, reste des heures entières assis dans sa chaise sans s'intéresser à rien. A un peu le facies lunaire, peau très épaisse, comme œdématisée; enfant très gras. Organes génitaux normaux.

Ici je ne puis établir la filiation des faits nécessaire pour constituer l'hypothyroïdie secondaire. Les parents n'ont pu observer l'enfant pendant ses premières années. Était-il hypothyroïdien à sa naissance? Je ne puis soutenir le contraire.

(1) Cette fillette m'a été ramenée le 10 mai dernier. La figure est bien plus éveillée, l'intelligence plus ouverte; l'enfant s'intéresse maintenant à tout; la fontanelle antérieure s'est notablement rétrécie; deux dents ont poussé; la taille a augmenté d'un centimètre et demi. Ne parle pas, ne marche pas encore.

L'avenir nous dira ce qu'il en est. En effet chez ces infantiles par hypothyroïdie d'origine rachitique, il est évidemment assez facile par le traitement thyroïdien de faire reprendre le développement. Mais à mon avis, ici l'infantilisme n'est qu'un des symptômes du rachitisme ou, si l'on veut, de la gastro-entérite chronique, ce symptôme manquant quand la fonction thyroïdienne n'est pas atteinte et se produisant quand elle est troublée. Tous les rachitiques n'ont pas une grosse rate, et cependant c'est un des symptômes du rachitisme, tous les rachitiques n'ont pas de la micro-polyadénopathie, et cependant c'est un signe qu'on retrouve souvent très accentué. De même tous les enfants atteints de gastro-entérite chronique, de rachitisme, n'ont pas la fonction thyroïdienne troublée. Il est donc évident qu'en soignant ce symptôme infantilisme d'origine thyroïdienne il faudra soigner la gastro-entérite, le rachitisme, l'état général de l'enfant. On fera ainsi disparaître la vraie cause des accidents thyroïdiens et l'on obtiendra des guérisons définitives. C'est là, je crois, un autre point qui nous permettra encore plus tard de faire le diagnostic différentiel entre l'infantilisme myxœdémateux primitif et l'infantilisme secondaire, c'est que dans le myxœdème congénital les accidents se reproduisent souvent dès qu'on cesse le traitement. Il est logique de penser que dans l'infantilisme secondaire aux troubles gastro-intestinaux les accidents d'hypothyroïdie ne reparaitront plus si l'on soigne et si l'on guérit la gastro-entérite. Peut-être en sera-t-il de même pour les autres variétés d'infantilisme secondaire, tel que l'infantilisme par hérédosyphilis. Je livre ce point à la méditation et aux études de mes collègues.

#### **Action du sérum antipancréatique sur le pouvoir amylolytique du sérum sanguin**

Par MM. H. SURMONT et J. DRUCBERT (1)

(Travail du laboratoire de pathologie interne et expérimentale et de l'Institut Pasteur de Lille).

Depuis la note publiée l'an dernier par l'un de nous (2) dans les comptes-rendus de la Société de Biologie, nous avons continué l'étude commencée en novembre 1900 du sérum pancréato toxique. Cette étude nous permet de confirmer les résultats annoncés dans ce travail. Pour ce qui a trait plus particulièrement à l'action antitrypsique de notre sérum, nous avons toujours observé qu'elle est infiniment plus prononcée que celle du sérum normal, dont nous n'avons jamais mis en doute la réalité.

M. ACHALME paraît être jusqu'ici le seul auteur qui ait obtenu des résultats confirmatifs des nôtres, et plusieurs autres savants, MM. CARNOT et Marcel GARNIER, HÉDON, TARGHETTI et BADANO ont annoncé avoir échoué dans la

(1) Note présentée à la Société Centrale de Médecine du Nord, le 9 mai 1902, et à la Société de Biologie, le 18 mai 1902.

(2) H. SURMONT. — Séance du 27 avril 1901.

préparation d'un sérum antipancréatique. Peut-être la différence dans les résultats tient-elle aux espèces animales utilisées. Le lapin et le bouc injectés de pancréas de chien ont été nos fournisseurs de sérum.

Aujourd'hui nous voulons simplement signaler un autre fait, à savoir la possibilité d'abaisser par une injection de sérum antipancréatique le pouvoir amylolytique du sérum sanguin.

Nos expériences ont été faites de la façon suivante : un chien à jeun depuis vingt-quatre heures est endormi au chloroforme, saigné à l'une des artères fémorales et aussitôt injecté sous la peau, soit avec du sérum normal (témoins), soit avec du sérum pancréatique. Cette première saignée est d'environ 40 grammes. Deux à trois heures après, l'animal, endormi de nouveau, est saigné à l'autre fémorale. Le pouvoir amylolytique du sérum fourni par les deux saignées est éprouvé par le procédé indiqué par MM. ACHARD et CLERC dans leurs travaux.

On peut facilement s'assurer ainsi que le pouvoir amylolytique du sérum sanguin n'est pas abaissé ou ne l'est que très peu par les injections de sérum normal, alors qu'il l'est très notablement par les injections de sérum antipancréatique. Le tableau suivant met ce fait en évidence. Les chiffres indiqués représentent la quantité de glycose formée après un séjour de vingt-quatre heures à l'étuve par l'action de deux centimètres cubes du sérum examiné sur 50 c. c. d'empois d'amidon à 1 % stérilisé. Chaque chiffre représente la moyenne de trois dosages.

Nature du sérum injecté	Numéro de l'expérience	Quantité de sérum injecté	Pouvoir amylolytique du sérum		Variations
			avant l'injection	après l'injection	
normal de bouc	1	10 c. c.	362	346	— 16
	2	8 c. c.	361	362	+ 1
antipancréatique de bouc	3	10 c. c.	425	303	— 122
	4 (1)	9 c. c.	445	398	— 47
antipancréatique de lapin	5	10 c. c.	516	352	— 164
	6	15 c. c.	415	361	— 54

Ainsi donc, après l'injection sous-cutanée de sérum antipancréatique, on observe un abaissement constant du pouvoir amylolytique du sérum sanguin, abaissement qui peut aller dans nos expériences jusqu'au tiers de la valeur du pouvoir amylolytique normal. Le sérum antipancréatique vient ainsi s'ajouter aux agents déjà connus d'abaissement de ce pouvoir : cachexies, infections (ACHARD et CLERC), diabète (LÉPINE), ablation du pancréas (KAUFFMANN). Confirmatives indirectement des expériences de ce dernier auteur, nos recherches démontrent d'une façon indéniable qu'une partie au moins de l'amylase du sang est bien d'origine pancréatique.

(1) L'animal qui a servi à cette expérience pesait 16 kilogr. Les autres 5 kilogr. en moyenne.

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 13 Juin 1902

Présidence de M. GAUDIER.

### Astasie-abasie paralytique chez un enfant de huit ans.

M. Ausset présente un malade atteint d'astasie-abasie. Cette observation sera publiée in extenso.

### Deux chancres syphilitiques céphaliques chez une femme

M. Gellé présente une malade du service de M. CHARMEIL ; elle a deux chancres syphilitiques céphaliques (*sera publiée*).

M. Charmeil dit que le chancre céphalique double est tout à fait exceptionnel. Cette variété d'accident primitif est généralement de cause inconnue, ce qui démontre la fréquence de la syphilis chez les femmes et les enfants du peuple, où les contacts de tout genre sont multiples et habituels. Dans le service de M. CHARMEIL, il se présente ainsi chaque année des syphilis à origine ignorée. La malade présentée ici est enceinte et a, en ce moment, sa roséole. Le pronostic de la grossesse, dans ces cas, suit la chronologie des accidents spécifiques. Plus une femme prend la syphilis près du moment de la conception, plus le pronostic est grave. Dans ce cas, avec un traitement bien fait l'enfant pourra sans doute se tirer d'affaire.

M. Oui dit qu'étant donné que la grossesse datait de quatre mois lors de la contamination et que le traitement est institué, l'enfant, qui sera certainement syphilitique, a des chances d'arriver à terme.

### Abscès du cervelet d'origine otique

M. Camus, interne, présente, au nom de MM. GAUDIER et LE FORT, le cervelet d'un enfant mort d'un abcès cérébelleux d'origine otique (*sera publié*).

### Etranglement herniaire compliqué de torsion ancienne d'une des anses étranglées. — Résection intestinale — Guérison.

M. Le Fort. — Le 15 mai 1902, entré dans le service de M. le professeur FOLLET une femme atteinte de hernie étranglée. L'étranglement date de quatre jours. La hernie est à gauche, inguinale, du volume d'une grosse orange, mais allongée et couchée obliquement dans la direction du canal inguinal. L'état général est mauvais, le pronostic très sombre.

M. LE FORT, appelé d'urgence, fait une incision le long de la tumeur, dépassant légèrement les deux extrémités. libère le sac. l'ouvre et y reconnaît une grosse masse épiploïque, recouvrant deux anses grêles de teinte noir, violacée, avec des plaques suspectes. L'anneau dilaté, l'épiploon est attiré, lié en chaîne au ras du côlon transverse et sectionné. Il adhère par places au sac. Une anse grêle est attirée au dehors, traitée par l'eau très chaude, elle se contracte faiblement et paraît pouvoir être réduite

tre anse ne veut pas venir, le ventre, on ne reconnaît pas s'il y a des tractions sans qu'on ait pu aller au dehors pour l'examiner. On l'a alors largement débridée en plusieurs points, les anses, ballonnements, l'anse malade comprise. On a pu débrider le nœud intestinal, formé par l'adhérence, et ce n'est que difficilement qu'on a pu voir la situation des parties. On a pu voir l'intestin formant un 8 et une des deux boucles de ce 8 est devenue un anneau et s'est étranglée. La situation est grave, et il est à la limite de l'étranglement. On a pu voir le plein tissu adhérent, à un point qui ne laisserait des coutures dangereuses. D'autre part, l'anse est dans le ventre, après examen, on a pu voir le chiffre, et nous l'avons pu avoir donné un moment de répit d'une résection. Le plus sûr est de sectionner les deux anses étranglées et de les enlever, en un mot, tout ce qui est un seul bloc. La résection faite, on a pu voir le tissu circulaire.

On aperçoit que les deux bouts s'écarteront vers le mésentère et que les anses passeront qu'avec difficulté d'un point à l'autre. On pratique immédiatement une suture entrecroisée entre les deux bouts, on les vendre et la paroi fermée. On a pu voir la plaie.

Après répétées, caféine. Le 16, l'état est grave. Le 17, il n'y a pas eu de selles. On a pu voir les signes d'une congestion

à la selle. Les jours suivants, la selle est devenue, des selles abondantes et la guérison s'annonce bien.

On a pu voir que le drain laisse passer un peu de pus. Deux jours après, la plaie paraît fermée et le phénomène s'arrête. Actuellement, il subsiste encore un peu de pus au niveau de la plaie, on a pu voir la voie de guérison et demande

de soins. Le bout d'intestin réséqué est en place malgré les tentatives faites au point de sectionner les adhérences et de débrider le 8 formé par l'anse

malade et la suture intime des différentes parties de cette anse. L'interrogatoire de la malade, fait après l'opération, a montré qu'elle avait un passé intestinal chargé, sans qu'on puisse établir exactement quelle a été la cause de la lésion constatée.

#### **Fracture de la colonne vertébrale. Ecrasement et rupture totale de la moelle — Hémianesthésie. — Mort**

**M. Le Fort.** — Le 20 mai 1902, on apportait à l'hôpital Saint Sauveur, dans le service de M. le professeur FOLTZ, un jeune garçon de 15 ans, atteint de fracture de la colonne vertébrale. En dénichant des nids d'oiseaux, ce gamin a fait une chute de 14 à 15 mètres et est resté sans mouvement. On constate une saillie crépitante et une gibbosité au niveau des troisième et quatrième dorsales ; la paralysie est absolue, l'anesthésie des membres inférieurs et la partie inférieure du tronc également, incontinence fécale et urinaire, suppression totale du réflexe patellaire.

Le 21, la zone d'anesthésie s'étend, la température s'élève, le pouls monte, et, malgré la presque certitude de trouver la moelle rompue, M. LE FORT pratique la laminectomie.

L'opération est facile. A l'aide de pinces, on enlève les arcs postérieurs de deux vertébrales d'abord, puis, la dure-mère mise à nu, constatant qu'elle est comprimée en bas, on enlève encore deux arcs postérieurs. La dure-mère est ainsi mise au jour sur dix centimètres environ. En la réclinant à droite, le doigt sent en avant une saillie très marquée formée par un corps vertébral, probablement le quatrième. Le troisième a basculé en avant et n'appuie plus que sur la partie tout à fait antérieure du quatrième. Deux aides tenant le bassin et les jambes et deux aides tenant les épaules et la nuque, tirent en sens contraire, pendant que M. LE FORT tente la réduction directe dans la plaie, mais il est impossible de rien faire bouger. Du reste, l'absence des arcs postérieurs fait que la dure-mère passe librement sans se couder sur la saillie qu'on pourra toujours émousser à l'ostéotome.

Le doigt, en suivant la gaine rachidienne, constate une extrême mollesse de mauvais augure sur une étendue de plusieurs centimètres au niveau des lésions. La dure-mère est incisée verticalement, la moelle s'écoule en avant, elle est complètement détruite et diffuse, les bouts sectionnés sont à plusieurs centimètres de distance, et trop écartés même pour tenter une suture qui, du reste, ne donnerait probablement rien.

Fermeture rapide de la plaie et pansement.

Le 22, le malade est encore vivant, il meurt la nuit suivante.

M. LE FORT présente les pièces comprenant les arcs postérieurs des 4 vertèbres dorsales et un fragment de moelle diffuse recueillie lors de l'opération.

**Cancer du rectum suivi de carcinose miliaire généralisée (poumons, cœur, péritoine, peau). — Hydronéphrose par compression urétérale.**

MM. Ingelrans et Taconnet présentent des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une femme de 42 ans, décédée le 4 juin 1902 dans le service de M. le professeur COMBEMALE. Cette malade avait été amenée mourante le 1<sup>er</sup> juin au soir. Elle était émaciée, avait des vomissements fécaloïdes, de violentes douleurs abdominales, de l'ascite. La présence de petits noyaux indurés sous la peau du ventre fit porter le diagnostic très probable de cancer du péritoine. L'examen clinique était quasi impossible du fait de l'état général. On apprit seulement que les signes de gravité dataient de six semaines et que depuis quelques mois la constipation était très marquée.

A l'autopsie, on trouve le rectum peu adhérent aux tissus voisins. Il est transformé en un cylindre rigide de 8 à 10 centimètres de longueur. Un rétrécissement concentrique réduit son calibre à celui d'un porte-plume. La surface intense est ulcérée. L'intestin sus-jacent a son calibre normal. Le tissu cellulaire en avant du sacrum est infiltré et induré. Les ganglions lombaires sont gros et durs. Au niveau de l'intestin du mésentère, tout le tissu cellulaire est transformé en une gangue rigide, où cheminent, depuis les piliers du diaphragme jusqu'au sacrum, l'aorte et la veine-cave perméables et entourées de ce manchon épais et lardacé. Les iliaques primitives sont noyées dans cette même masse d'infiltration.

Les uretères comprimés dans une grande partie de leur trajet sont un peu dilatés au niveau des reins. A gauche, hydronéphrose sous pression ; à droite, pyonéphrose avec pus verdâtre, mal lié, grumeleux. Les reins sont énormes, scléreux ; leur substance est refoulée par la distension du bassin.

Indépendamment de ces phénomènes de propagation, le cancer s'est généralisé par voie sanguine et a amené une carcinose miliaire aiguë. Les poumons offrent un semis de granulations blanc-grisâtre. Leur parenchyme est farci de grains de semoule très perceptibles à la palpation, comme dans la granulie. Noyaux dans le cœur dont quelques-uns au niveau des coronaires. Nodules cutanés dans la région sous-ombilicale. Cancer du péritoine : la surface de cette séreuse est criblée de tumeurs miliaires presque transparentes rappelant le frai de grenouille. Ascite hémorragique. Hémorrhagie au niveau du mésentère. Epanchement notable dans les plèvres. Uterus, vessie, foie, estomac, encéphale, intestin grêle, rate, côlons sont normaux. Cette autopsie présente plusieurs points tout à fait remarquables. D'abord il s'agit d'une forme infiltrée diffuse du cancer du rectum. C'est ce que QUÉNU appelle le cancer massif. Il y a extension aux divers segments du rectum, infiltration à toutes les tuniques. Cette forme peut survenir d'emblée et

marcher très vite. Elle se rapp des auteurs anglais. Luy s en a pu gation pulmonaire (*Soc. anatom.*,

En second lieu, l'hydronéphr uretères n'est qu'exceptionnelle cancer du rectum. SCHÖNING (*Deu chez une jeune fille morte d'acciden QUÉNU et HARTMANN en signalent u du rectum*). BOHM en donne une o LEUBE également (*Ziemss. Handb*

Dans le cas de FAYARD (*Th. Lyo pas comprimé, mais présentait d Dans celui de RABÉ (*Soc. anat. de l'uretère n'avait pas donné d'h**

Il faut signaler, qu'en cas de g le viscère le plus souvent attei sain. Dans un cas de JEAN, où l' péritoine étaient pris, le foie étai anat., 19 fév. 1875).

Les noyaux cutanés sont tout cite un seul exemple. D'ailleurs, l n'est elle-même pas fréquente, car avant qu'elle puisse se faire. FÉRÉ ( a une observation où le foie, le sont atteints ; HOCHENEGG (*Wien. K participation du poumon, du péri capsules surrénales. Dans le can sus-jacent est, dans la règle, dil calibre dans la présente observati*

L'intégrité de la veine cave dans tissu infiltré, de l'utérus, de la ves tion intestinale sus jacente au can d'œdèmes, de phlébite, le fait que ne dataient que de six semaines, l ce cancer a dû croître à une allu contribué à changer sa physionom

*Erratum :* Les expériences de MM citées à la séance du 25 mai deru nières lignes) ont porté sur dix cen et non deux comme il est indiqué

## NOUVELLES & INF

Un concours pour l'admission au adjoint des asiles publics d'alié lundi 10 novembre 1902.

Les candidats devront être Fr médecine d'une des Facultés de l'E loi sur le recrutement de l'armée



jour de l'ouverture du con-  
d'un stage d'une année, au  
dans un asile public ou privé  
iération mentale, soit comme  
es des hôpitaux nommés au

adressée au ministre de l'intérieur, le 10 octobre 1902, au plus tard, au bureau de la direction de l'enseignement public, 7, rue Cambacérès). Elle est accompagnée de l'acte de naissance de l'intéressé, des services et d'une note résument ses travaux scientifiques, ainsi que des renseignements sur son stage et de l'accomplissement de ses devoirs.

subies à Paris, sous le con-  
at, président. Les épreuves  
s épreuves sont au nombre

portant sur l'anatomie et la  
veux, pour laquelle il sera  
candidats ; le maximum des

portant sur l'organisation des  
sur la législation des aliénés,  
deux heures ; le maximum

tant sur la médecine et la  
laquelle il sera accordé vingt  
ize minutes d'exposition ; le  
20.

ur deux malades aliénés. Il  
; pour l'examen des deux  
réflexion et trente minutes  
malades sera plus spéciale  
e médico-légal ; le maximum

urra subir cette épreuve dans  
u il aura appartenu depuis

Le maximum des points sera  
25 points devront être donnés  
répartition des épreuves écrites.  
points en vue de l'admissibilité  
théoriques et cliniques.

s au concours est fixé à dix :  
être dépassé.

pour la nomination des can-  
fur et à mesure des vacances  
dans les asiles d'aliénés, les  
ont nommés suivant l'ordre  
bli par le jury.

**Le voyage d'études médicales de 1902** aura lieu du 7 au 16 Septembre inclus. Il comprendra les stations des Vosges et de l'Est, visitées dans l'ordre suivant : Vittel, Contréxéville, Martigny, Bourbonne les Bains, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, la Schlucht, Bussang, le Ballon d'Alsace, Salins et Besançon.

Le V. E. M. de 1902 — comme celui de 1899 aux stations du Centre et de l'Auvergne, celui de 1900 aux stations du Sud Ouest et celui de 1901 aux stations du Dauphiné et de la Savoie — est placé sous la direction scientifique du docteur LANDOUZY, Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications. Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, à la première station, Vittel. Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français. Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au départ de la dernière station, Besançon, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ. De Vittel à Besançon, prix à forfait : 200 francs, pour tous les frais : chemins de fer, voiture, hôtel, nourriture, transports des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris (VIII<sup>e</sup> arrondissement). Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 août 1902, terme de rigueur.

**Le IV<sup>e</sup> Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique** se tiendra à Rome, du 15 au 21 septembre, sous le patronage du roi d'Italie et sous la présidence d'honneur du Ministre de l'Instruction publique et de Guido BACCHELLI.

*Président du Congrès : Professeur ERCOLE PASQUALI (de Rome); Président de la section d'Obstétrique : Professeur MORISANI (de Naples); Président de la section de Gynécologie : Professeur MANGIAGALLI (de Pavie); Secrétaire général : Professeur PESTALOZZA (de Florence).*

**Membres du Comité d'organisation :** Professeur CALDERINI (de Bologne); professeur GAZZONI (de Messine); professeur LA TORRE (de Rome); professeur NEGRI (de Venise); professeur TRUZZI (de Padoue); **Secrétaires :** Professeurs CARUSO (de Naples); REGNOLI (de Rome); Rossi DORIA (de Rome); **Trésorier :** M. Cesare MICHELI, 127, via Rasello, Rome.

**Rapports :** 1° Les indications médicales à la provocation de l'accouchement, par MM. BARTON-COOK-HIRST (de Philadelphie) ; HOFMEIER (de Wurtzbourg) ; PINARD (de Paris) ; REIN (de Pétersbourg) ; SCHAUTA (de Vienne) ; SIMPSON (d'Edimbourg) ;

2° De l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale, par MM. FEHLING (de Strasbourg); LÉOPOLD (de Dresde); TREUB (d'Amsterdam); TUFFIER (de Paris);

3° La tuberculose génitale, par MM. MARTIN (de Greifswald) et VEIT (de Leyden) ;

4° La cure chirurgicale du cancer de l'utérus, par MM. CULLEN (de Baltimore) + FREUND (de Berlin) ; JONNESCO (de Bucarest) ; POZZI (de Paris) ; WERTHEIM (de Vienne).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr JAYLE, secrétaire du Congrès pour la France, 232, boulevard Saint-Germain.

Le Premier Congrès égyptien de Médecine se tiendra au Caire, du vendredi 19 au mardi 23 décembre 1902, sous le haut patronage de S. A. le Khédive.

Président du Congrès : Dr IBRAHIM PACHA HASSAN ; Secrétaire général : Dr VORONOFF ; Section : Pathologie interne. Président : COMANOS PACHA ; Maladie des pays chauds. Président : Dr RUFFIN ; Chirurgie. Président : Dr MILTON ; Ophtalmologie. Président : Dr MOHAMED BEY ELOUTI.

Questions mises plus particulièrement à l'étude. — Hépatite des pays chauds et abcès du foie ; Ascaris hæmoglobinæ ; Fièvres bilieuses et paludéennes ; Filariose ; Ankylostome duodénal. — Choléra. — Dysenterie. — Lèpre. — Peste ; Lithiase urinaire ; Granulations conjonctivales ; Anomalie de la réfraction dans les écoles ; Ophtalmologie égyptienne. — Ophtalmologie purulente.

Les langues française et arabe sont les langues officielles du Congrès.

La cotisation est de 25 fr. Les versements doivent être faits par chèque ou mandat-poste à l'adresse suivante : M. le Trésorier général du premier Congrès égyptien de médecine, Le Caire (Egypte). Prière de joindre une carte de visite.

Le Comité national français, présidé par M. le professeur LANNELONGUE, se tient à la disposition des Congressistes français pour leur fournir les renseignements qu'ils désireraient. S'adresser à M. Dr ACHARD, secrétaire général du Comité français, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Des fêtes seront données au Caire à l'occasion du Congrès.

Le Comité égyptien a organisé pour les Congressistes les excursions suivantes, qui seront faites après le Congrès :

Le Caire et environs. — Prix (tous frais de transport) : environ 100 fr.

1<sup>er</sup> jour, matin : Citadelle, Mosquée des sultans Hassan et Mohamed Ali, Puits de Joseph, Tombeaux des Mamelucks. — Après-midi : Vieux Caire, Eglise copte, Ile de Rhodes, Mosquée d'Amron.

2<sup>e</sup> jour, matin : Pyramides de Ghizel, Sphinx. Déjeuner au temple du Sphinx. — Après-midi : Musée égyptien.

3<sup>e</sup> jour, matin : Maharieh (arbre de la Vierge), Héliopolis, Obélisque, Parc aux Autruches. — Après midi (à ânes) : Tombeau du Kalife, Forêt pétrifiée, Mokattam.

4<sup>e</sup> jour : Excursion au Sakkara, en bateau jusqu'à Bedra-chen, à ânes jusqu'à Memphis et aux pyramides de Sakkara, Tombeaux d'Apis, de Mira et de Ti.

Haute Egypte. Excursion rapide (4 j avec réduction de 50 0/0 sur les chem 1<sup>re</sup> classe, 92 fr. 50 en 2<sup>e</sup> classe (Départ du Caire à 6 h. 30 du soir, arri du matin.

1<sup>er</sup> jour : Excursion à Thèbes, Tom el-Bakri, Ramsès, Les Colosses, Méd de la reine Hatasou.

2<sup>e</sup> jour : Temples de Karnak et d 11 h. 30 du matin, arrivée à Assouan

3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> jours : Excursion à Phila Visite (à ânes) au sanatorium. Promen de l'Ile Eléphantine.

Hôtels de Louxor : Hôtel de Kar Hôtel de la Cataracte et Grand Hôtel.

Excursions plus longues (Agence C 50 0/0). — 3 semaines. Prix : 625 fr., 30 décembre. — 19 jours. Prix : 287 fr des 27 et 30 décembre et 3 janvier.

Prix des hôtels du Caire, réduits si

Savory Hôtel .....	environ 18 fr. par j
Ghezireh Palace Hôtel .....	" 15 "
Shewards Hôtel .....	" 15 "
Continental Hôtel .....	" 15 "
Hôtel d'Angleterre .....	" / 13 10 "
Hôtel du Nil .....	" 10 "
Hôtel Bristol .....	10 fr. par jour (prix
Eden Palace Hôtel .....	"

A la demande de M. LANNELONGUE Suez a mis gracieusement à la disposi français un bateau pour la visite du

Le vendredi 2 mai 1902, a eu lieu, é statuaire de l'Association de la Presse sous la présidence de M. de RANSE, Vingt-trois membres y assistaient.

ELECTION. — M. le Dr DENEQ, réd Tuberculose infantile, a été admis com ciation.

CONFÉRENCE DE MONACO. — Au nom par l'Association pour la représenter nationale de la Presse médicale à Moni relaté les décisions prises à cette r rendu de la Conférence sera publié Bureau de l'Association internationa

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCE — L'Association charge MM. R. BLON BAUDOUIN de la représenter au com gande, organisé sous la présidence d

TARIF DU TRANSPORT DES JOURNAUX composée de MM. ARCHAMBAUD, VID DOVIN, est nommée pour étudier la q national du transport des Journaux.

LIGUE DES MÉDECINS ET DES FAMILLES. — M. DOLÉRIS recommande cette ligue nouvelle aux Médecins journalistes d'une façon toute particulière.

Le Secrétaire général : Marcel BAUDOUIN.

## UNIVERSITÉ DE LILLE

### SOUTENANCE DE THÈSE

M. C. DAMIENS, d'Hersin-Coupigny (Pas-de-Calais) a soutenu, avec succès, le vendredi 6 juin 1902, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 81,) intitulée : Contribution à l'étude de la botryomycose.

### Dons et Legs

Lille. — Par testament, M. le docteur FERRU, qui vient de mourir à Saint-Omer, a légué sur une fortune totale de 400.000 francs, la somme de 10.000 francs à chacune des Commissions des Hospices de Lille et de Saint-Omer.

Montpellier. — Le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier est autorisé à accepter le legs de 20.000 francs fait par Madame SWIECICKI pour fondation de prix annuels.

### Distinctions honorifiques

Sont nommés : **Officiers de l'Instruction publique**, MM. les docteurs FLOERSHEIM et FRAYSSE, de Paris ; BRÉMAUD, de Brest (Finistère) ; BERTHEUX, BLIN et DAYOT, de Rennes (Ille-et-Vilaine) ; MICHALOWICZ, de Parçay (Maine-et-Loire) ; PIAZZA, de Chiavari (Corse) ; GAYRARD, de Congy (Marne). **Officiers d'Académie** : MM. les docteurs BÈGUE, BLIND, BRINGEON, CESTAN, CHAILLOUS, DICQUEMARE, GAUDUCHEAU, HUGON, LACAILLE, LHUILLIER, MARTIGNY, MAY, PAQUY, ROUFFILANGE, RUDAUX et THIBIERGE, de Paris ; BODIN, LAUTIER et LE MONIET, de Rennes (Ille-et-Vilaine) ; ANTONINI, de Saint-Antonino (Corse) ; CAVALIÉ, de Figeac (Lot) ; BERNARD, GUÉRY, de Fresnes (Nord) ; LE FILLIATRE, de Villejuif (Seine) ; CHAMBON, de Cabourg (Calvados) ; DEVÈMY, de Valenciennes (Nord) ; GASSER, d'Oran (Oran) ; GASSION, de Balleroy (Gironde) ; KERMAREC, de Landerneau (Finistère) ; LAFON, de Castries (Hérault) ; LECA, de Vico (Corse) ; PITON, PUNGIER et VALENCE, de Brest (Finistère) ; QUINTRIE-LAMOTHE, de Bordeaux (Gironde) ; SUSINI, de Caldarello (Corse) ; CHOPIN et HUSSENET, médecins principaux de deuxième classe. ATGIER et HUBBÉ, médecins-majors ; MM. LAIGNEL-LAVASTINE et LE LORIER, internes des hôpitaux de Paris.

### Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs VIBERT, de Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme) ; FALRET, médecin aliéniste honoraire, à Paris ; SANS, conseiller général d'Arreau (Hautes-Pyrénées) ; CHARTIER, professeur de thérapeutique à l'École de Nantes (Seine-Inférieure) ; GETTEN, de Pouillon (Landes).

G.-C. PEL, de Beauval (Somme) ; LABANHIE, de Lille (Nord) ; FERRU, de Saint-Omer (Pas-de-Calais). Nous adressons à la famille de ces confrères, l'expression de nos bien vives condoléances.

DUBUS, étudiant en médecine à Lille.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration. De 3 à 6 cuillerées à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.

D<sup>r</sup> Ferrand. — Trait. de méd.)

## RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX

## NEUROSINE PRUNIER

(Phospho-Glycerate de Chaux pur)

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

22<sup>e</sup> ET 23<sup>e</sup> SEMAINES, DU 25 MAI AU 7 JUIN 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE		Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .		5	8
3 mois à un an . . . . .		6	9
1 an à 2 ans . . . . .		4	7
2 à 5 ans . . . . .		7	8
5 à 10 ans . . . . .		3	1
10 à 20 ans . . . . .		4	1
20 à 40 ans . . . . .		14	21
40 à 60 ans . . . . .		23	14
60 à 80 ans . . . . .		27	18
80 ans et au-dessus . . . . .		5	4
Total . . . . .		98	91

NAISSANCES par quartier		14	24	27	38	21	23	10	10	31	5	7	210
TOTAL des DÉCÈS		16	32	18	43	17	20	13	5	17	3	5	189
Autres causes de décès		3	15	6	20	7	8	4	2	4	1	3	73
Homicide		"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Suicide		"	"	2	1	1	1	"	"	"	"	"	5
Accident		"	"	"	"	1	"	"	"	"	"	"	1
Autres tuberculoses		"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Méningite tuberculeuse		"	2	"	"	"	"	1	"	"	"	"	4
Phthisie pulmonaire		2	3	1	4	4	4	4	2	3	1	"	28
Diarrhée et entérite	plus de 5 ans	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
	de 2 à 5 ans	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
	moins de 2 ans	2	2	2	2	"	"	"	"	"	1	"	7
Maladies organiques du cœur		"	3	"	4	"	1	"	"	2	1	"	11
Bronchite et pneumonie		3	3	3	2	1	3	"	1	1	"	"	17
Apoplexie cérébrale		2	1	2	4	1	1	1	1	1	"	1	14
Autres		"	"	"	1	"	"	"	"	1	"	"	2
Coqueluche		"	1	1	1	"	2	1	"	3	"	"	10
Grippe et diphtérie		"	"	1	"	1	"	"	"	"	"	"	2
Fièvre typhoïde		"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Scarlatine		"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Rougeole		1	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	1
Variole		3	3	4	1	"	2	"	1	"	"	"	14

Répartition des décès par quartier	Total
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	
Moulins, 24,947 hab.	
Wazemmes, 36,782 hab.	
Vauban, 20,381 hab.	
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	
Esquermes, 11,381 hab.	
Saint-Maurice, 11,212 hab.	
Fives, 24,191 hab.	
Canteleu, 2,836 hab.	
Sud, 5,908 hab.	
Total.	141



qui sont en muscles fait ce habituelle

ne présente e avec soin. froid et de ard. Jusqu'à ailleuse. t abolis ; le rès diminué,

les membres est normale. sont abolis. saillants. enfant urine is cinq à six 'a jamais de ale est tout à

provoquée. a vision des

parait pas

ons le faire possible ; si ou en arrière difficulté, les tient vigou- ire marcher eds et bute

u-pectorale, nt, de temps

igent.

ssis, ne pré- i ne peut ni autre diag- croyons pas. dehors de la dans cette ent, cela ne tacle unique abétique des t pas besoin

décrit sous

tion à celles ous rendons utes.

ensibilité est , c'est un cas ition donnée

deux ans, il és de telle stant à de la 'il n'en était

rien et, comme l'a très bien dit Blocq, il s'agit d'un symptôme hystérique surajouté à l'astasia-abasie. Si, en plus de la paraplégie hystérique, il se manifeste toute une certaine diminution de la puissance dy qui n'existe pas chez ces malades.

Ces faits, surajoutés chez des astasiques, sont très intéressants à connaître ; on peut aisément commettre de grosses erreurs. On a vu, par exemple, un malade de l'astasia-abasie pure présenter ultérieurement l'hémi-anesthésie, de la parésie avec laquelle les troubles pouvaient disparaître alors qu'ils persistaient. Il s'agit donc bien là de phénomènes différents.

La forme d'astasia que présente notre petit malade peut être classée, comme celle de notre enfant d'abord, parmi les cas d'astasia-abasie paralytique ou parétique. C'est une forme très-fréquente d'ailleurs. Dans ces cas les membres inférieurs se dérobent absolument et plient sous le poids du corps.

Il est d'autres circonstances où la marche est possible mais d'une certaine façon ; ainsi on en voit ne pouvoir progresser qu'en scandant leurs pas, comme les militaires en manœuvres ; d'autres marchent à petits pas très rapides. D'autres au contraire font de très grandes enjambées, puis s'arrêtent et repartent de la même façon ; d'autres encore marchent en titubant. Il en est aussi qui sautillent en marchant (forme saltatoire de BRUSSARD) pour finir à un moment donné par tomber épuisés par ces sauts successifs et rapides. Nous citerons aussi la forme oscillante décrite par SURMONT et BRUNELLE ; il semblerait que le début de la maladie chez notre sujet a été constitué par cette forme oscillante.

Dans ma précédente communication d'il y a deux ans, le syndrome était apparu après une violente frayeur. J'ai donc eu à discuter la question du diagnostic avec l'abasia émotive, la phobie abasique telle que l'ont décrite SEGAS et BALLEZ. Ici, il ne peut s'agir de rien de semblable. Au reste, cet enfant, quand on veut le faire marcher, n'éprouve en rien ces phénomènes d'angoisse qui, dans les cas d'abasia émotive, correspondent cliniquement à ce qui se passe dans les idées obsédantes. Notre malade n'a pas cette appréhension obsédante, cette obsession *consciente* qui est la caractéristique de l'abasia par phobie, par idée fixe ; il craint bien la chute, mais c'est une crainte sub-consciente ; il sait bien qu'il ne peut marcher, ni se tenir debout, mais il ne s'explique pas cette impuissance. L'abasia par phobie a, lui, au contraire, « le sentiment de la crainte qui le domine ». (BALLEZ).

Nous ne voulons pas revenir ici sur les diverses classifications données de ce syndrome. Dans notre article de deux ans, nous avons dit ce qu'il fallait penser de la théorie de CHARCOT et BLOCQ, qui considéraient ce sy-

comme résultant d'une sorte d'amnésie spéciale, l'enfant ayant désappris à marcher.

Les stigmates de l'hystérie se rencontrent plus au moins accentués, mais toujours nets dans tous les cas relatés. C'est donc à la grande névrose qu'il faut rattacher l'apparition de ces phénomènes. Chez notre enfant nous n'avons pas retrouvé d'antécédents héréditaires; cela ne veut pas dire qu'ils n'existaient pas. Le regard de notre petit malade, l'abolition de ses réflexes pharyngien et oculaire nous permettent de le ranger dans la classe des hystériques et de rattacher les symptômes morbides qu'il présente à la grande névrose.

Il est assez rare de voir les accidents durer aussi longtemps. Il y a déjà 9 mois qu'il est atteint. Les auteurs ont cependant noté une durée plus grande, jusqu'à un an.

La guérison est habituelle; mais il faut redouter les rechutes, à l'occasion, par exemple, d'une émotion ou d'un autre traumatisme.

Chez notre petite malade d'y il a deux ans la suggestion à l'état de veille a merveilleusement réussi. En trois jours la guérison était absolue. Nous essaierons ici aussi la même thérapeutique, en nous souvenant que tout peut réussir, mais que tout peut échouer. Il y a, je crois, avantage à soustraire l'enfant à son milieu habituel, où son hystérie peut être cultivée. Il convient de l'isoler et le traitement a plus de chance d'être efficace s'il séjourne à l'hôpital que s'il restait au milieu de sa famille.

### Sur un cas de cancer du sein chez l'homme

par E. Gellé

Préparateur d'Anatomie pathologique. — Interne des Hôpitaux.

D'après le témoignage de tous les auteurs, le cancer du sein est relativement rare chez l'homme.

C'est ainsi que LEDRAN écrivait en 1778: « On voit peu d'hommes avoir des cancers à la mamelle, mais on voit par contre beaucoup de femmes atteintes de cette affection. »

Beaucoup plus récentes sont les statistiques de SCHULTZ, de MERTZ, de FRIEDRICH, de FIEDLER, où nous rencontrons des cancers du sein chez l'homme dans une proportion de 1,39 à 2 et 4 pour 100 cas de cancers du sein chez la femme.

Mais si cette maladie est signalée depuis longtemps, si nous voyons MORGAGNI, puis CRUVEILHIER et VELPEAU en faire mention dans leurs ouvrages, il nous faut arriver jusqu'en 1872 pour trouver une étude détaillée.

C'est à cette date, en effet, que parut la thèse d'agrégation de M. HORTELOUP; on y compte seize observations et parmi celles-ci nous citerons particulièrement celles portant les numéros X et XI, car dans ces deux derniers cas les détails

cliniques sont accompagnés d'examen

l'un par M. CORNIL, l'autre par M. ROBI  
En 1876 et 1877 paraissent les thèses  
M. LUTEL, apportant l'un six cas et  
une observation.

Plus tard, en 1883, M. POIRIER repren  
sa thèse inaugurale. On y trouve un gra  
vations et une minutieuse bibliographi

A partir de cette époque les méme  
deviennent un peu plus nombreux en Fr  
Nous donnons dans le tableau suivant l  
œuvres principales.

Années	Auteurs	Indications
1. ....	Ledran	Mémoire sur le Can
2. ....	Morgagni	Tome VIII, Lettre 5
3. ....	Velpeau	Traité des tumeurs
4. ....	Cruveilhier	Atlas d'anatomie pa
5. ....	Horteloup	Thèse d'agrégation
6. ....	Chénel	Thèse Paris, 1876.
7. ....	Lutel	Thèse Paris, 1877.
8. ....	Poirier	Thèse Paris, 1883.
1885. ....	Gillette	Union médicale. Bu
1886. ....	Courtade	"
1885. ....	Mertz	Thèse de Berlin.
1889. ....	Schultze	Beitrag zur kliniq.
1893. ....	Friedrich	Thèse de Greifswald
1894. ....	Delacour	Thèse Paris.
1896. ....	Ternet	Bulletin Société An
1896. ....	Fiedler	Thèse Berlin.
1896. ....	Sengensae	Ann. polyclin. de B
1897. ....	Laforgue	Thèse Toulouse.
1898. ....	Albertin	Province médicale,
1898. ....	Pigot E.	Thèse Paris.
1899. ....	Johnston	Brit. med. Journal.

Il est assez intéressant de comparer l  
différents ouvrages sus indiqués au po  
des malades. Il paraît y avoir en effet un  
pour le cancer du sein chez l'homme et  
lement entre 45 et 65 ans que cette affec  
la plus fréquente, comme le montrent d  
tiques de MM. POIRIER et FIEDLER.  
relativement rare entre 20 et 40 ans. On  
très peu de cas au-delà de 75 ans.

Notre malade rentre dans cette derniè

Le malade est un vieillard de 78 ans,  
n'ayant jamais eu de maladies antérieur

Il y a environ 15 ans, M. X... consta  
de son sein gauche, à la hauteur du  
nodule un peu dur, de la grosseur d'une  
sous le doigt et n'occasionnait aucune  
que l'on n'y prêta guère d'attention.  
dernier, à la suite d'un léger coup sur le  
mit à grossir très rapidement, son volur  
d'une mandarine, puis peu à peu des  
lancinantes apparurent dans le creux d  
bras, dans l'épaule et dans le cou. Le  
consulter M. le Professeur DUBAR.

Celui-ci constata que la tumeur au cou  
était devenue adhérente à la peau, qu



Nous tenons en terminant à remercier M. le professeur DUBAR qui a bien voulu nous confier l'observation clinique et la tumeur qui font le sujet de la présente note.

### Etude critique et expérimentale

sur l'anastomose vésico-rectale par le procédé de Maydl (1)

par J. Drucbert, chef de clinique chirurgicale

MAYDL (2), en 1894, publia un nouveau procédé de traitement de l'exstrophie vésicale ; cette opération, qu'il avait déjà appliquée à l'homme en juin 1892, consistait essentiellement à suturer dans une incision faite à la paroi antérieure du rectum, la portion du trigone vésical qui porte les uretères.

La technique de cette opération est assez simple : on résèque la paroi de la vessie exstrophée, sauf un lambeau ovale qui comprend le trigone. Ce lambeau est séparé de l'utérus ou des corps caverneux en ayant soin de laisser le plus de tissus possible autour des uretères, — la dénudation de ces canaux pouvant produire des accidents de sphacèle ; — le trigone est alors retourné en dedans et fixé à une incision longitudinale portant sur le rectum ou sur l'S iliaque, à l'aide de deux plans de suture : un plan muco-muqueux, un plan musculo-séreux. Le rectum devient ainsi réservoir urinaire ; dans la plupart des cas il est continent, conservant l'urine deux ou trois heures et sa muqueuse supporte bien le contact de l'urine.

Ce procédé présente encore sur les anastomoses urétéro-intestinales l'avantage suivant ; l'urètre a son intégrité parfaite ; son sphincter au niveau de l'abouchement vésical, la disposition anatomique de cet abouchement sont conservés ; cet urètre est fixé au niveau d'une portion de l'intestin peu mobile, très accessible au chirurgien pour l'opération et pour les soins ultérieurs, qui ne renferme habituellement que des matières solides et où les processus microbiens sont peu actifs. Tout semble donc concourir pour que les résultats immédiats et éloignés soient parfaits ; une suture solide assure la guérison opératoire ; le sphincter urétéro-vésical défendra le rein contre l'infection ascendante.

Quelques modifications au procédé de MAYDL ont été proposées. TUFFIER (3) dissèque le trigone vésical et

dégage les uretères, il attire ensuite l'S iliaque par une incision médiane située au-dessus de la vessie exstrophée, et la rend extrapéritonéale en suturant son revêtement séreux au péritoine de la plaie. Le trigone étant implanté dans cette portion d'intestin, on réunit les deux incisions et on ferme la plaie au-dessous du tout.

GERSONY (1) sectionne l'S iliaque entre deux ligatures et ferme en cul-de-sac la portion inférieure ; la partie supérieure de l'S est alors attirée par la voie périnéale à travers la cloison rectovaginale ou recto-vésicale dédoublée : il la fixe, pour terminer, à la paroi antérieure du rectum, près du sphincter. Les uretères se trouvent de la sorte implantés dans le cul-de-sac que forme la partie supérieure du rectum.

Enfin BOARI a construit un grand modèle de son bouton anastomotique, bouton sur lequel on peut lier le trigone pour le fixer au rectum ; ce procédé n'a pas été appliqué à l'homme.

Les recherches expérimentales sur le procédé de MAYDL ont été très peu nombreuses jusqu'ici.

MORESTIN (2), en 1892, avant que MAYDL ait publié son procédé avait déjà implanté dans le rectum les uretères entourés d'une collerette de tissu vésical ; les deux chiens ainsi traités moururent de péritonite.

PISANI (3), en 1896, fit deux expériences sur le procédé de MAYDL ; elles eurent de fâcheux résultats : un des chiens mourut à la soixante-deuxième heure, de collapsus avec étranglement interne de l'intestin ; la greffe tenait, reins et uretères étaient normaux. L'autre chien mourut de péritonite par suite de l'ouverture de la plaie opératoire. L'écoulement des urines était bien établi, les uretères n'étaient pas dilatés.

PRESSAT a essayé, sur des chiens, un procédé dérivé de ceux de MAYDL et de KRYNSKI. Les couches musculo-séreuses de l'intestin sont incisées en T ou en H ; on obtient ainsi deux lambeaux que l'on rabat au-dessus de la suture muco-muqueuse qui fixe le trigone vésical au rectum.

Un chien opéré par ce procédé mourut d'hémorragie au 4<sup>e</sup> jour ; un autre mourut le 6<sup>e</sup> jour de péritonite, l'urètre gauche était étranglé dans la suture ; il y avait pyélonéphrite et abcès miliars du rein gauche ; un troisième chien a survécu mais l'opération était de date récente quand PRESSAT publia

(1) Travail du laboratoire de pathologie interne et expérimentale (professeur H. SURMONT).

(2) *Cong. de Rome et Rev. de Chir.*, 1894, p. 432.

(3) in PRESSAT. Thèse Paris, 1896, n° 534.

(1) In Foges. *Viertelj. f. prakt. Heilk.* Bd. XX. Hf. 4.

(2) *Soc. Anal.* 1892, p. 796.

(3) *Potichino*, 1896, p. 333.



t un succès  
DARI, mais ici

ar dix chiens,  
al disparait ;  
ock, trois de  
nt en bon état  
ers ayant été  
es reins était  
s de néphrite

sant de faire  
jet et voici les  
trouvera des  
el opératoire  
ticle que nous  
des de chirurg-

7 septembre  
e procédé de  
soit 92 jours

siège à douze  
est triple de  
. Les uretères,  
leur calibre  
roit, très dis-  
du pus dans  
ous et pâles ;  
nte huit ; rein  
trente. Mort

12 septembre  
s une anse  
nveau vésical  
ales ont filtré  
ins normaux.  
l'implantation  
du reste de la

3 février 1901.  
ur.  
res sont déjà  
éliminés. Un  
a vésical s'est  
acte a protégé  
ence normale.  
tion des vais-  
récurrence de  
al ; l'uretère  
nt ; son orifice  
uretère subit  
u-dessous de  
lu même côté  
no.

renferme du pus dont les cultures donnent du coli-  
bacille et de longs bâtonnets. Muqueuse rectale intacte.

EXPÉRIENCE 4. — Chienne 17 kilog. 3 avril 1901.  
Opération de MAYDL. Résection de la corne utérine  
gauche pour empêcher le tiraillement de l'uretère. La  
plaie abdominale s'infecte et l'animal meurt le neu-  
vième jour.

Autopsie. Péritonite purulente. Les sutures vésico-  
rectales cicatrisées sont bien étanches ; les uretères  
ne sont pas dilatés, les reins paraissent sains et pèsent  
53 et 60 gr. ; aucune lésion de la muqueuse rectale.

EXPÉRIENCE 5. — Chienne 16,300 gr. 10 avril 1901.  
Opération de MAYDL. L'animal se rétablit rapidement  
28 mai, 14.500 gr. ; 30 juin, 16 kgr. ; 20 février 1902,  
11 kgr. — L'épreuve du bleu montre que le rein ne  
laisse passer ni bleu, ni chromogène. La continence  
rectale est assez bonne : les évacuations, qui avaient  
lieu toutes les 30 minutes en juin, sont espacées  
d'heure en heure en février.

Mort le 10 avril 1902. La chienne maigrissait à vue  
d'œil depuis deux mois ; à l'autopsie, elle ne pèse  
plus que 7.290 gr. La mort est consécutive à l'ouver-  
ture dans le péritoine de nombreux abcès périnéphre-  
tiques siégeant à droite.

Les reins sont profondément altérés ; le rein  
gauche est bosselé, sillonné de brides qui lui donnent  
un aspect ficelé ; il est relativement petit ; son uretère  
est très dilaté et flexueux. Le rein droit est très volu-  
mineux, son bassin est rempli de pus, l'uretère est  
perméable ; enfin la capsule est soulevée par plusieurs  
abcès dont quelques-uns sont ouverts dans la séreuse.  
Le pus recueilli dans ces abcès contient du coli-bacille.  
Il s'est donc fait de l'infection ascendante avec  
pyélonéphrite du côté droit ; du côté gauche, au  
contraire, la perméabilité de l'uretère est devenue  
moins bonne et le rein paraît infecté d'une façon  
moins aiguë.

EXPÉRIENCE 6. — Chienne 6.000 grammes, 2 mai  
1901. Opération de MAYDL. L'état de l'animal est bon  
jusqu'au 15 mai, puis l'amaigrissement survient, la  
chienne refuse toute nourriture. Mort au vingt  
huitième jour.

Autopsie. — L'animal ne pèse plus que 2.800  
grammes. Pas de péritonite ; muqueuse rectale in-  
tacte. Pas de dilatation des uretères ; reins de volume  
normal, un peu pâles au niveau de la substance  
corticale. L'examen microscopique de ces reins montre  
des lésions de néphrite. Les tubuli contorti sont très  
tuméfiés ; au niveau des canaux droits on constate  
entre les tubes une infiltration cellulaire très marquée.  
Dans ce cas encore l'infection ascendante après la  
guérison opératoire, est bien nette.

EXPÉRIENCE 7. — Chienne 7.000 gr. 11 juin 1901.  
Opération de MAYDL. L'animal est tué par les autres  
chiens au septième jour. L'abouchement est déjà  
cicatrisé ; les reins sont d'aspect normal.

EXPÉRIENCE 8. — Chienne 5.500 gr. 25 juin 1901.  
Opération de MAYDL. Mort au troisième jour.

**Autopsie.** — Péritonite purulente. Les sutures sont désunies en un point. Vive congestion des reins avec dilatation des vaisseaux de la capsule.

**EXPÉRIENCE 9.** — Chienne 8 000 gr. 25 juin 1901. Même opération. Mort au troisième jour.

**Autopsie** — Péritonite purulente. Les sutures sont désunies en partie. Même congestion des reins avec dilatation des vaisseaux capsulaires que dans le cas précédent. Il faut noter que cette dilatation est plus marquée que dans la congestion que l'on rencontre fréquemment au cours des péritonites.

Tous nos chiens ont donc succombé du deuxième au trois cent soixante-sixième jour. Trois sont morts, le deuxième et troisième jour, de péritonite, due à l'insuffisance des sutures (Exp. II, VIII et IX) ; encore chez deux d'entre eux existe-t-il des lésions rénales. Un chien (Expér. VII) meurt accidentellement au septième jour ; le chien de l'expérience IV meurt au neuvième jour de péritonite purulente consécutive à l'infection de la plaie abdominale.

Chez quatre chiens la guérison opératoire a été obtenue. L'un (Exp. III) meurt le onzième jour ; un uretère est obstrué et le rein correspondant infecté ; l'autre (Exp. VI) meurt le vingt-huitième jour après une période d'amaigrissement rapide ; il n'y a pas de lésions macroscopiques, mais les altérations rénales microscopiques sont très marquées : néphrite épithéliale, infiltration leucocytaire autour des tubes droits.

Les deux derniers chiens ont survécu plus longtemps : 92 et 366 jours, l'un d'eux même avait donné l'espoir d'une guérison définitive ; la pyélonéphrite ascendante les a tués.

Nous voyons donc que le procédé de MAYDL n'est pas exempt d'accidents immédiats : dans l'expérience III il existait une petite plaque de sphacèle limitée à la muqueuse ; ce sont peut-être des lésions analogues qui ont favorisé la désunion rapide des sutures dans les expériences VIII et IX, alors que normalement les tuniques intestinales et vésicales si épaisses chez le chien sont difficilement coupées par les fils.

Le processus d'inflammation qui siège au niveau de l'anastomose peut envahir le lambeau vésical ; l'orifice urétéral peut s'infecter au contact des matières intestinales et se sténoser ultérieurement ; c'est probablement ce qui s'est passé au niveau de l'uretère gauche dans l'expérience V.

Au moment des efforts de défécation l'urine peut refluer dans l'uretère, et amener dans les voies d'excrétion du rein des coli-bacilles et autres microor-

ganismes qui infectent le bassine ce qui s'est produit chez les quatre succombés, après guérison opératoire allant de l'inflammation avec infection jusqu'à la suppuration.

L'expérimentation ne donne guère point bien favorable à la méthode les animaux qu'on ne tue pas d'un coup finissent par succomber à l'infection. Cependant il faut tenir compte de la technique du procédé des soins de propreté, lavages du rectum, etc... qui, après l'opération, peuvent retarder beaucoup même faire éviter l'infection rénale.

Et en effet l'opération de MAYDL a donné à l'homme d'assez bons résultats, à juger d'après les 33 cas publiés ; la plupart des cas ont été rapportés récemment après l'opération, en sorte qu'il y a des documents pour juger des résultats qu'on peut attendre. On trouvera les résolutions et les indications bibliographiques dans un travail antérieur (1) que le cas de M. LAMBRET (2).

Sauf dans un cas de TRENDLENBURG de résection de la vessie pour tuberculose MAYDL a toujours été faite pour l'homme. Sur les 33 cas on note six morts :

1. Enfant de 7 ans ; mort le soir de la même opération, attribuée à la narcose prolongée.
2. Enfant de 19 mois, mort le lendemain de la suite d'hémorragies répétées au cathéter (BOARI, 1898).
3. Malade de 44 ans, qui avait une pyélonéphrite, meurt après l'opération (GERSUNY, 1898).
4. Enfant de 12 ans, mort le lendemain ; les sutures ont cédé et l'urine et les matières ont infecté le péritoine (BUCCHERI, 1899).
5. Homme de 28 ans. Mort le lendemain de la suite de quatre mois ; la continence était défectueuse chez ce malade (MAYDL, 1898).
6. Fille de 9 ans. Morte de pyélonéphrite le lendemain de l'opération (WOELLFLER, 1898).

Dans sept cas, on signale la guérison, sans autres renseignements ultérieurs.

(1) *Archiv. prov. de Chir.* 1 juin 1902.

(2) *Soc. cent. de Méd. du Nord*, 11 avril 1901.

(1892), TREND-  
CAPPELLO, EWALD,

ts plus ou moins  
en effet au bout de

35), NOVÉ-JOSSE-

(1902).

1898),

98).

HEM (1894),

IZEL (1898).

ésent une morta-  
; cette proportion  
on connaissait le  
ent guéris. Ainsi  
vit encore après  
an aucun travail  
rs rénales; celui  
s l'opération, des  
leurs rénales. Le  
le une survie de  
on, une polyurie  
éris où l'état des  
réservé

um a été bonne ;  
te au début de  
in sommeil pro-  
de l'urine deter-  
nuqueuse de l'S

on de MAYDL est  
mortalité (18 %)  
ntations directes

e de la vessie, où  
e exclusivement  
ence, l'employer  
e ont échoué.

WSKI (1901), sur lequel

# Luxation du coude. Gangrène de l'avant-bras

Par le docteur O. Lambret

Un jeune homme de 21 ans tombe, le 15 av  
paume de la main, ressent une violente dou  
et retombe de nouveau de la même façon  
appelé presque aussitôt examine le blessé, con  
tion du coude en arrière et en dehors, tent  
la réduction et place le membre dans une écl  
la nuit, le blessé est en proie à des douleurs  
vives et le lendemain matin 16 avril son  
visitant trouve un gonflement énorme de  
bre, surtout de l'avant-bras; ce dernier, et  
de la main sont couverts de volumineux  
juxtaposées, la sensibilité et la motilité sont  
abolies au niveau des doigts et de l'avant  
voisinage du coude, le membre est absolument froid, les  
battements artériels ne sont plus sentis à la radiale et à  
la cubitale. Je suis appelé près du blessé dans la soirée,  
je constate que de la racine du membre à la partie moyenne  
du bras, il existe un œdème dur, tendu, non dépressible  
et véritablement ligneux. La peau est couverte de phlyc-  
tènes couleur lie de vin dont quelques-unes sont déjà  
ulcérées, membre froid, insensibilité absolue, perte com-  
plète de la motilité, plus de battements artériels. L'absence  
de mouvements d'expansion me permet d'éliminer le  
diagnostic d'anévrysme diffus auquel le gonflement énorme  
faisait tout d'abord songer. Néanmoins pour me rendre  
compte des désordres nerveux et vasculaires qui existent  
à n'en pas douter, je décide de pratiquer séance tenante  
l'arthrotomie. L'incision me permet d'évacuer un volumi-  
neux amas de caillots et de constater que la luxation n'est  
pas complètement réduite, l'humérus fait saillie en avant,  
le brachial antérieur et le ligament antérieur sont mani-  
festement détruits; tendus sur l'extrémité inférieure de  
l'humérus, on voit l'artère humérale et le nerf médian, le  
nerf a évidemment été soumis à une distension violente, il  
est aminci, infiltré de sang; l'artère ne bat plus, sa tunique  
externe est conservée mais ses tuniques moyenne et interne  
sont certainement rompues et recroquevillées dans la  
gaine. Je termine mon intervention en faisant la rédu-  
ction, en drainant au devant de l'articulation, je place le  
bras dans la flexion.

Le lendemain et le surlendemain aucune modification ne  
se produit du côté de l'avant-bras et de la main, toutefois  
les phlyctènes augmentent encore de volume et de nombre,  
le membre prend une teinte brun noirâtre, la température  
s'élève le surlendemain (vendredi 18 avril), à 39°5.

Le samedi 19 avril, en présence de cette aggravation de  
l'état local et de l'apparition de la fièvre, je me décide à  
faire l'amputation du bras.

Je vous présente la pièce dont j'ai fait une autopsie som-  
maire, il est facile de voir que les ligaments de l'articula-  
tion sont déchirés, le muscle brachial antérieur est com-  
plètement rupturé; mais les lésions les plus intéressantes  
siègent au niveau des nerf médian et cubital. Le médian  
a encore sur la pièce un calibre très aminci au niveau de  
l'articulation, il est le siège de nombreuses infiltrations  
sanguines; le cubital est transformé en un cordon violacé  
et épaissi par le sang qui s'est également répandu dans sa  
gaine.

Je crois qu'une pareille lésion est excessivement rare si  
je m'en rapporte aux recherches que j'ai pratiquées à ce

sujet. A mon avis ces lésions artérielles et nerveuses qui ont provoqué la gangrène de l'avant-bras et de la main doivent être attribuées à la distension énorme à laquelle ont été soumis les troncs vasculaires et nerveux. D'après l'enquête à laquelle je me suis livré, cette distension si intense ne doit pas être mise sur le compte des manœuvres de réduction qui n'ont rien eu d'exagéré ; je pense plutôt que ce blessé s'est tout d'abord lors de sa première chute fait la luxation du coude ; puis, celle-ci étant produite, lors de la seconde chute, les surfaces articulaires ont été violemment et fortement écartées l'une de l'autre au point d'amener la lésion que nous venons d'examiner.

## VARIÉTÉS & ANECDOTES

**Deux P C N à des camarades, qui leur font une Brimade, pour n'avoir pas voulu les suivre\*\*\***

Messieurs, votre ressentiment  
Nous surprend fort et nous désole ;  
Êtes-vous si pressés vraiment  
De nous voir pincer la vérole.

Vénus n'est pas toujours propice  
Nous le verrons sans doute assez ;  
Quand nous aurons la chaudepisse  
En serez-vous plus avancés.

Sans parler morale ni péchés,  
Nous calculons ce qu'il en coûte,  
Et puis, nous en sommes fâchés,  
La suppuration nous dégoûte :

Orchite, chancres et bubon  
La liste est longue, on vous l'abrège.  
Que chacun vive à sa façon  
Et que saint Fournier nous protège.

Hâtez votre effort généreux  
Maître, que partout on invoque :  
Qu'un P C N est malheureux  
Quand il veut fuir le gonocoque.

(Lyon Medical).

### Les aveugles et le massage

Tous les aveugles ne jouent pas de la clarinette, et l'on commence à s'apercevoir que ces déshérités peuvent faire mieux que d'apitoyer les passants sur leur malheureux sort.

Un médecin de Paris, et non des moindres, a eu l'ingénieuse idée de recueillir chez lui un aveugle qui lui avait été recommandé. Sachant que les aveugles ont le sens du toucher très délicat et plus développé, puisque la nature les a privés d'un sens, il employa son protégé à faire du massage.

Tous ses clients le complimentèrent de la précision des mouvements de l'aveugle. Il avait pour ainsi dire trouvé sa voie à ce pauvre garçon.

L'idée a fait son chemin, il faut le croire, puisque, à Londres, il vient de se former une commission de médecins qui apprend le

massage aux aveugles ; tous se sentent le sens tactile des aveugles rendant dans cette délicate opération.

Voilà une idée philanthropique  
aveugles de la faim et elle soulage

(Journal)

## INTÉRÊTS PROJ

### Un cas de res

La 1<sup>re</sup> Chambre du Tribunal statue sur une affaire de respect des termes de l'article 1382 du Code signalée.

Voici l'espèce :

Un docteur, qui soignait depuis longtemps, fournit à cet effet qui lui permirent d'introduire

La 4<sup>e</sup> Chambre décida, sur le fait que le mari s'était livré sur sa femme plus honteux sévices. Très irrité, la femme à la sortie de l'audience.

Puis, il interjeta appel. La Cour pour les coups donnés, mais incontestés des certificats.

Alors, le mari poursuivit son médecin pour avoir légèrement blessé qui avaient été produits.

Après plaidoiries de M<sup>e</sup> Combet et de M<sup>e</sup> Gatineau, pour le médecin par M. Béhenne, a condamné ce médecin de dommages-intérêts.

Du jugement découle en substance que le médecin, qui délivre un certificat de non faute quand, au lieu de se livrer à des actes matériels, il formule des conclusions de vue scientifique et qui ne reposent que sur des constatations par lui faites.

Il aggrave cette faute, en oubliant son rôle lui impose et en se faisant le gérant de sa clientèle.

### M<sup>lle</sup> Cassive et s

M<sup>lle</sup> Cassive, l'artiste lyrique avec son médecin, le docteur Viret de la Seine. Il s'agissait d'une note

La note du docteur était ainsi

Note des honoraires dus par M<sup>lle</sup> Cassive, à M. le docteur A. Viret, pour services rendus, a donné, depuis le 31 octobre 1911

ira-  
... 3.140 fr.  
r était exagéré,

artiste lyrique  
s termes à la

M. le docteur  
aurait faites,  
20 francs par

suffisant pour  
et honoraires.

rès plaidoiries  
e M. DELAYEN,  
les honoraires  
: l'état de for-  
tique à payer à  
également la

rtés  
entre les fem-  
istes.

demande for-  
i femme d'un  
pour adultère  
ne, M. le juge  
rois médecins  
ié et VALLON,  
ponsabilité de  
réteindu délit

une poursuite  
l'examen des  
éclairée irres-  
-teur LEGRAS,  
liquée.  
me de l'ingé-

## N

frères invite à  
un magnifique

frère vient vite

s académiques

orations, mon  
itre.

on Médical).

## NOUVELLES & I

Le 1<sup>er</sup> Décembre 1902 s'ouvrit  
l'admission à l'emploi de mé-

**stagiaires des troupes coloniales.** Les candidats devront :  
1<sup>o</sup> être nés ou naturalisés français ; 2<sup>o</sup> avoir eu moins de  
28 ans au 1<sup>er</sup> janvier 1902 ; 3<sup>o</sup> avoir été reconnus aptes à  
servir activement dans l'armée, en France et aux colonies.  
4<sup>o</sup> souscrire un engagement de servir au moins six ans  
dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de  
leur nomination au grade aide-major de 2<sup>e</sup> classe.

Les épreuves consisteront, a) pour les docteurs en médecine : 1<sup>o</sup> sur une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2<sup>o</sup> en un examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3<sup>o</sup> en une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4<sup>o</sup> en un interrogatoire sur l'hygiène.

b) pour les pharmaciens : 1<sup>o</sup> en une composition écrite sur l'histoire naturelle des médicaments et de la matière médicale ; 2<sup>o</sup> en une interrogation sur la physique et la chimie ; 3<sup>o</sup> en une interrogation sur l'histoire naturelle et la pharmacie ; 4<sup>o</sup> en une préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination de substances diverses ; 5<sup>o</sup> en une épreuve de chimie analytique. En ce qui concerne les notes, les coefficients, les pièces à fournir, les demandes d'adhésion et tous autres renseignements complémentaires, s'adresser au secrétariat de la faculté de médecine.

Les médecins et pharmaciens stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination un brevet les liant au service. Ils suivent pendant un an les cours de l'école d'application. Ils portent l'uniforme du corps de santé des troupes coloniales avec marques distinctives, adoptées par les stagiaires du corps de santé militaire. Ils sont rétribués sur le pied de 3.060 francs par an avec première mise d'équipement de 350 francs. Quand ils ont satisfait aux examens de sortie, ils sont nommés aide-majors de 2<sup>e</sup> classe des troupes coloniales.

## UNIVERSITÉ DE LILLE

Dans le décret du 7 juin 1902 nommant dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale, nous relevons la promotion au grade d'aide-major de deuxième classe de MM. les docteurs LORONIER, de Licques (Pas-de-Calais); VAN REMORTEERE, d'Escaudœuvres (Nord); TIN, de Lille (Nord); VRASSE, de Lens (Pas-de-Calais); CASTELAIN, de Lille; BERTIN, de Lille; LOUIS, de Durieux, de Pont-sur-Sambre (Nord).

— Sont désignés dans le cadre du corps de santé militaire M. le médecin-major de 1<sup>re</sup> classe TROCI

l'hôpital militaire de Maubeuge; MM. les médecins-majors de 2<sup>e</sup> classe THOORIS, pour le 19<sup>e</sup> chasseurs à cheval, à Lille; DETLING, pour l'Ecole militaire préparatoire de Montreuil-sur-Mer; M. le médecin aide-major de 1<sup>re</sup> classe HENRIOT, pour le 43<sup>e</sup> d'infanterie, à Laon.

— Par arrêté rectoral du 4 juin, M. le docteur BERTIN est nommé aide-préparateur de la clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

### Notre Carnet

Le 10 juin 1902 a été célébré, à Paris, le mariage de M. EMILE PETIT, externe des hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle NOÉMIE MONIER. Nous adressons à M. PETIT, ancien élève de notre Faculté, nos meilleurs vœux de bonheur.

— Le 2 juin a été célébré, à Bapaume, le mariage de M. le docteur EUGÈNE BAUDS, avec Mademoiselle MARGUERITE BACLET. Nos meilleurs souhaits de bonheur au jeune ménage.

— Le docteur CHATELIN, de Denain, nous fait part de la naissance de son fils ADOLPHE. Nous formons les meilleurs vœux pour la mère et l'enfant.

### UNIVERSITÉ DE PARIS

Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. LENORMANT et SCHWARTZ comme prosecteurs titulaires, ALGLAVE et ALEXANDRE comme prosecteurs provisoires.

Le concours pour l'adjuvat d'anatomie s'est terminé par la nomination de MM. CHEVASSU; HALLOPEAU; TRIDON; GRÉGOIRE et BOUCHET.

M. le docteur TILLAUX, professeur de clinique chirurgicale, est, sur sa demande, nommé professeur d'anatomie, en remplacement du professeur FARABEUF, mis à la retraite.

### UNIVERSITÉS DE PROVINCE

*Clermont-Ferrand.* — M. le docteur DIONIS DU SÉJOUR, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire pendant la durée du congé accordé à M. le professeur BIDE, pour raisons de santé.

*Bordeaux.* — M. le docteur LE DANTEC, agrégé, est nommé professeur de pathologie exotique (fondation de l'Université, à Bordeaux).

M. le docteur CRUCHET est nommé, après concours, chef de clinique médicale infantile.

M. le docteur BRAGONIÉ, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé, sur sa demande, professeur de physique biologique et électricité médicale à ladite Faculté.

*Marseille.* — M. le docteur ACQUAVIVA est nommé, après concours, chef des travaux anatomiques à ladite école.

### HOPITAUX ET

*Paris.* — MM. les docteurs MAUCLAIR, FOURNIER, APERT, 30 médecins des hôpitaux.

M. le docteur LOMBARD est des hôpitaux. MM. les docteurs assistants titulaires; GUISET, a laryngologie.

MM. les docteurs CAPDEPONT adjoints.

*Grenoble.* — Sont nommés, a hôpitaux, M. le docteur GAUTAUD, M. le docteur TERMIER.

### ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS

*Académie de Médecine.* — Ont été élus correspondants : FUCHIER, de Lyon; MOUCHET, c

### Distinctions

*Légion d'Honneur.* — Sont le docteur TALAIRACH, directeur Lorient. *Officier* : M. le docteur tomie à la Faculté de Paris. *C* DURAND-FARDEL, de Vichy (Alli

*Mérite agricole.* — Sont docteurs BAILEY, de Châteaulin Paris.

*Médaille des épidémies.* — née à MM. les docteurs GAI (Bouches-du-Rhône); la méd. MM. les docteurs LE COQUE (Finistère); QUINTIN, de Car Paris; ROZET, interne à l' L. GUINON, médecin des hôpitaux de clinique à Paris; La méd. MM. les docteurs HAMON, de 1 chef de laboratoire à Paris; M. ARMAND-DELILLE, BERGOUIGNAT, taux de Paris; BAUDRAND, C de Paris.

### Instruction publique.

*L'Instruction publique* : MM. le en chef de l'escadre du Nord principaux; VALENCE, médecin

### Nécro

Nous avons le regret d'ann de MM. les docteurs SEMPÉ, de VILLAIN, de Ville-en-Blaisois (l principal de l'armée; DUPO LAPEYRIE, de Montpellier (Héi Chartreuse (Isère); DERLON, c



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Valeur postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine.

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; Barrois, professeur de parasitologie ; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; Carlier, professeur de pathologie externe ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé ; Guérin de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Kér de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; De Lape de clinique ophtalmologique à Paris ; Lo hôpitaux ; Manouvriez (de Valenciennes) pendant de l'Académie de médecine ; M cipal, agrégé du Val de Grâce ; Oul, chargé d'un cours d'accouchements ; Su de pathologie interne et expérimentale ; V agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale, mé POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Lil  
Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 c

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : La Santonine contre les douleurs fulgurantes du tabes et contre les névralgies, par MM. le professeur Combemale et de Chabert, interne des hôpitaux. — Fractures obliques de la première phalange du pouce. Cerclage au fil d'argent, par le docteur O. Lambret. — A propos d'un cas d'astase-abasie chez un enfant de huit ans, publié dans le dernier numéro de l'« Echo Médical du Nord » du 22 juin 1902. Note rectificatrice, par le docteur Ausset. — CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES : Avortement, par M. le docteur Oul. — SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD (Séance du 27 juin 1902). — VARIÉTÉS ET ANECDOTES. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### La Santonine

contre les douleurs fulgurantes du tabes et contre les névralgies

par MM. le professeur Combemale et de Chabert, interne des hôpitaux.

En 1901, M. NEGRO (1) faisait connaître devant l'Académie de médecine de Turin que l'alcaloïde du semen contra, la santonine, était un médicament précieux pour obtenir la sédation des douleurs fulgurantes chez les tabétiques.

Par analogie avec ce qui s'est passé pour le bleu de méthylène, dont les propriétés électives colorantes pour le cylindre axe avaient suggéré à EHRLICH l'idée de l'employer contre les névralgies, on sait avec quel succès, M. NEGRO, considérant la xanthopsie transi-

toire due à la santonine et pensant qu'une action sensitive analogue portait peut-être de la sensibilité générale, avait, par une expérience systématiquement ensuite, administré aux tabétiques en proie à des douleurs et il arrivait aux conclusions encore en cours de vérification voici : sur 11 cas de tabes, huit fois les douleurs fulgurantes furent nettement enrayées et trois autres tabétiques retirèrent un soulagement mais non durable, un seul se montra réfractaire.

Personne n'ignore que les analgésiques phénacétine, acétanilide, communément employés en concurrence avec la morphine, sont si pénibles du tabès, doivent être abandonnés après quelques jours d'usage, en raison de leur toxicité ; il arrive même qu'après avoir obtenu des effets moyens efficaces cependant, le praticien désarmé, pour peu que les douleurs fussent d'une durée prolongée. Aussi, avoir une réserve dans l'arsenal n'était pas une chose indifférente. Tous ceux qui ont traité des tabétiques comprendront avec quelle importance la communication aurait dû être reçue par le corps médical. Or, depuis quinze mois que ce travail ont paru en France (1), nous n'avons connaissance que confirmation de son utilité a été publiée. Nous croyons devoir le faire connaître.

(1) Negro. Giornale della R. Accademia di medicina di Torino, février 1901, p. 52.

(1) Notamment dans la Gazette hebdomadaire de chirurgie (1901, p. 336) et dans le Bulletin méd.



ous eûmes recours sans ibétiques confiés à nos résultats satisfaisants que rent à généraliser cette névralgie sciatique et qu'une lacune allait être tude clinique de l'action ilité générale, en parti- ésiques.

que nous publions cin an, quelques-unes de intervalle de temps qui une preuve qu'il n'y a d'engouement pour une ien médicament. Nous ité ce que nous avons

Auguste, 57 ans, entre ique gauche, dépendant douleur siège à la fois à ifférents points fessiers, amaigrie, le pli fessier anée, mais existe aussi, rovoquant même quel- énuier l'endolorissement née le 22 mai, à raison centigrammes. Au bout y a pas d'amélioration, nt rétrocedé, le malade l'accrues.

Edouard, 50 ans, entre l'orsal, avec crises gas- ouches fulgurantes. On de 2,5 centigrammes de ts. Mais le traitement est ouches ont diminué, s; au point que le malade

... Jean-Baptiste, 45 ans, on externe de l'hôpital de éré, avec incoordination L, d'ARGYLL-ROBERTSON, es gastriques qui l'amè- deux ou trois jours. La rtir du 23 avril 1901, il e santoline à 2,5 centi- de santoline en vingt emaines, il assure avoir ps après l'ingestion des les douleurs n'ont plus s qu'a duré le traitement. e Reprise des douleurs ictives sans gastralgie ; sursaut au moment de l prescrite à nouveau ;

nous avons obtenu l'aveu ultérieurement que pour cette seconde série, la prescription n'a pas été suivie. qu'il n'a pris que quatre pilules en dix jours : ses urines ont bien foncé en couleur, les résultats ont été tout aussi satisfaisants.

OBSERVATION IV. — Deb..., Nicolas, 43 ans, entre le 25 mai 1902, pour une sciatique chronique mal caractérisée. Les cinq centigrammes de santoline donnés dès son entrée sont suspendus le 31 mars, en raison du peu d'effet obtenu. Au 5 juin, le malade accusait des douleurs bien plus vives, on conclut que la santoline avait cependant apporté une légère sédation. La santoline est reprise au 17 juillet pour quelques jours, mais sans résultats.

OBSERVATION V. — Lem..., Jean, 50 ans, est porteur d'un tabe incipiens. Depuis cinq ans, des douleurs vagues, erratives, prédominant surtout dans le dos et dans les bras, se sont installées, il a fait de l'aortite dans le service en 1900 ; il a dû cesser le travail quinze jours avant son entrée, tant cet endolorissement s'était accru. La santoline est prescrite contre cet état, lorsque le 30 mai 1901, soit quinze jours après son entrée, surviennent des douleurs excessivement vives à l'épigastre, qui amènent à suspendre la santoline. En même temps, les signes de tabes s'accroissent, et l'on peut constater à quelques jours de là, des douleurs fulgurantes, du ténésme vésical et rectal, les signes d'ARGYLL-ROBERTSON, de WESTPHAL. A l'occasion de ces crises gastriques très prononcées du reste, un lavage de l'estomac ramena un liquide aqueux, coloré en rouge ; en même temps que par l'hypersthénie stomacale, le liquide gastrique était projeté avec une force considérable dans le récipient. La santoline n'avait eu sur l'endolorissement primitif que peu d'action. Le malade sortit le lundi 19 juin.

OBSERVATION VI. — Dup..., Jules, 64 ans, entré le 29 mai 1901, éprouve depuis deux ans des douleurs imprécises dans la hanche. A l'âge de douze ans, il fit sur la hanche une chute d'un train en marche. Rachitique d'autre part, sa colonne vertébrale présente à sa partie inférieure une courbure à concavité gauche et le thorax est baissé en avant mais symétrique. Porteur d'une arthrite ou sciatique, simplement neurasthénique peut-être, on prescrit une pilule de santoline de 2,5 centigrammes tous les jours. Dès le 1<sup>er</sup> juin, les douleurs ont sensiblement diminué, mais il persiste une sensation vague et passagère de tiraillements.

OBSERVATION VII. — Sel..., Marie, 59 ans, entre le 10 mai 1901 pour une sciatique : depuis sept semaines elle souffre dans la fesse et la cuisse gauche, surtout au mollet. Deux pilules de santoline de 2,5 centigrammes l'une, lui sont données pendant quatre jours, mais on n'obtient pas d'amélioration.

OBSERVATION VIII. — Vandenk..., Théophile, 16 ans, entre le 31 mai 1901, pour une névralgie intercostale et lombaire ; on trouve aussi un peu de congestion aux bases du poumon. On lui prescrit de la santoline à raison de deux pilules par jour de 2,5 centigrammes l'une. A peine une légère amélioration est-elle obtenue.

qui s'accroît du reste dans la suite malgré la suppression du médicament.

**OBSERVATION IX.** — Mor..., Gustave, 35 ans, entre le 5 juin avec un tabes nettement constitué pour des douleurs fulgurantes. Deux pilules de santonine de 2,5 centigrammes lui sont données, sans résultats pendant cinq jours.

**OBSERVATION X.** — Des..., Jules, 40 ans, est un ivrogne invétéré qui fait une névralgie intercostale d'origine éthylique très probablement. Il entre le 10 juillet 1901 et le lendemain, la santonine lui est prescrite à raison de quatre pilules de 2,5 centigrammes. Une atténuation notable des douleurs n'est survenue qu'au dixième jour ; les jours précédents, spontanément, le malade souffrait encore de la névralgie.

**OBSERVATION XI.** — Bocq..., Julien, 48 ans, journalier, entre le novembre 1901, porteur d'un tabes caractérisé, accompagné de tremblements. La santonine, par quatre pilules par jour de 2,5 centigrammes lui est prescrite pendant une huitaine pour combattre ses douleurs fulgurantes, et ce, sans résultat aucun.

**OBSERVATION XII.** — P... Paul, 47 ans, entre à l'hôpital de la Charité, présentant tous les symptômes du tabes dorsal. Les douleurs fulgurantes dans les membres et principalement dans la jambe droite, dont ce malade souffre depuis deux jours, font ordonner 0 gr. 10 de santonine en quatre pilules, à prendre par deux dans la journée.

Le lendemain matin, les douleurs sont calmées, mais non abolies ; de plus le malade se plaint de voir trouble. Le jour suivant, l'amélioration se continue et le troisième jour on supprime la santonine. Les douleurs ont fini par disparaître complètement.

Le malade sort de l'hôpital quelques jours après.

**OBSERVATION XIII.** — D..., Julien, 52 ans, entre le 22 avril 1902, à la Charité, atteint de tabes fruste ; c'est sa quatrième venue dans le service pour les mêmes phénomènes. Il se plaint de douleurs fulgurantes dans les bras ; on lui administre 0 gr. 10 de santonine en quatre pilules par jour ; le lendemain les douleurs semblent avoir diminué d'intensité et de fréquence. Le surlendemain, le malade ne ressent plus de douleurs fulgurantes ; mais celles-ci sont remplacées par des fourmillements persistants dans les mains.

**OBSERVATION XIV.** — L..., Théophile, 43 ans, entre à la Charité le 17 février 1902, atteint de tabes, se plaint le 25 avril de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. On lui prescrit dans la journée 0 gr. 10 de santonine en quatre pilules. Le lendemain, aucun soulagement, les douleurs persistent avec autant de violence et de fréquence. Le surlendemain, les douleurs sont moins fréquentes et moins vives, le malade continue toujours sa santonine, dans la même proportion et petit à petit les douleurs s'atténuent. L... se plaignait aussi de douleurs en ceinture, au niveau de l'épigastre ; sous l'influence de la santonine, ces douleurs ont complètement disparu. Aussi, au bout

d'une huitaine de jours, la malade éprouve quelques troubles visuels et voit jaune. On supprime la santonine, bien qu'il ressente encore, moins forts cependant, quelques élancements caractéristiques ; à la suite de cette suppression de la santonine, les douleurs persistent les jours suivants, avec la même intensité.

**OBSERVATION XV.** — V..., Ferdinand, entre à la Charité pour une pleurésie séro-fibrineuse, se plaint, au moment de la défervescence, de douleurs en éclair dans les membres inférieurs. Le tabes éliminé, nous pensons à la névrite alcoolique douloureuse, étant donné le passé de buveur de cet homme. On lui prescrit de la santonine, 10 centig. par jour en quatre pilules. Dès le lendemain, amélioration qui se continue les jours suivants. Au bout de cinq jours, le malade, se plaignant de voir trouble, on supprime la santonine. Les douleurs en éclair ont disparu et ne se reproduisent plus ; le malade n'a plus que de l'endolorissement dans les jambes.

**OBSERVATION XVI.** — Vang..., Joseph, âgé de 57 ans, est un tabétique avéré, porteur d'une arthropathie tabétique du cou de pied droit, sujet par intermittences à des douleurs fulgurantes. Depuis deux mois, il a des élancements dans les deux jambes, qui sont devenus assez fréquents pour lui faire demander son entrée à l'hôpital, le 24 juin 1902 ; il se plaint aussi d'une constriction thoracique en éclairs très douloureuse. Quinze centigrammes de santonine sont donnés le 25 juin en six pilules et aboutissent à calmer de façon très évidente les douleurs fulgurantes des jambes, sans influencer le moins du monde les douleurs en ceinture.

La lecture des seize observations résumées ci-dessus montre avant toutes choses la véracité des dires de M. Negro sur la valeur de la santonine contre les douleurs fulgurantes du tabes, et expose d'autre part l'échec de cette médication dans le cas de névralgies simples.

L'insuccès de la santonine est souligné par les observations I, IV, VI, VII, VIII, X, XV. Que les doses soient faibles (2,5 centigrammes) ou notables (1 décigramme par jour), que le malade prenne de la santonine deux ou dix jours consécutifs, aucune amélioration sérieuse évidente n'est obtenue. Deux neurasthénies (Obs. VI et XIV) ont seuls éprouvé quelque soulagement ; et l'on sait ce que soulagement veut dire dans la bouche de cette catégorie de malades. La santonine est donc, à notre avis, sans valeur analgésique contre les névralgies vulgaires.

Tout autre est notre conclusion en ce qui concerne les douleurs fulgurantes des tabétiques. Les observations II, III, V, IX, XI, XII, XIII, XIV, XVI, qui ont toutes trait à des tabétiques tenaillés par des douleurs fulgurantes, montrent qu'une sédation a été obtenue

il est vrai ; généralement, le tabétique ne prenait pas moins de 50 centigr., et en cinq jours. En d'autres termes, M. Negro essayait de frapper fort, de faire disparaître d'emblée la douleur, avec la crainte de l'intoxication lente. Nous nous efforcions en prolongeant la médication d'avoir la sédation incomplète d'abord, mais persistante, sans crainte obsédante d'accidents toxiques.

Or, nous croyons que notre manière de faire ne vaut pas celle de M. Negro, pour les raisons que voici. A tout prendre, un tabétique qui connaît les affres de la douleur fulgurante, ne demande pas tant à en être débarrassé complètement qu'à moins en souffrir ; que la dose de santonine calme seulement ou coupe radicalement la douleur, le résultat en est toujours bien accueilli de lui ; ce n'est donc pas en se plaçant à ce point de vue seulement que doit être tranchée la question de la dose à prescrire.

Les inconvénients et les dangers que présente un médicament ont au contraire une bien plus grande importance quand il s'agit d'en déterminer la dose thérapeutique. Or, nous relevons dans nos observations III, V, que des douleurs en ceinture, des crises gastriques ont succédé chez les tabétiques aux prises prolongées de santonine. Si donc, pour un même résultat, à savoir la sédation des douleurs pour une quinzaine de jours, nous faisons courir au malade avec la médication prolongée, et à doses moyennes le risque de crises gastriques au bout de quelques jours de traitement, il ne peut y avoir d'hésitation. Le procédé de la dose massive et unique est préférable. C'est la raison pour laquelle nous nous rallions à la posologie de M. Negro.

Est-ce à dire cependant que l'on doive avoir la terreur de la santonine, comme M. Negro, et craindre l'accumulation ou l'intoxication ? La survenue de la xanthopsie est pour le malade un phénomène assez bizarre pour attirer son attention : aucun praticien n'ignore que, dès qu'il est constaté, le devoir du médecin est de suspendre l'emploi de la santonine ; mais on doit savoir aussi qu'aucun danger n'est couru par le patient si la suppression du médicament intervient dès ce premier signal. Il ne faut donc pas trop considérer la santonine comme une arme à double tranchant et se priver des services qu'elle peut rendre.

Nous sommes tellement pénétrés de l'efficacité des services qu'elle peut rendre, que nous proposons, — mais avouons n'avoir pour l'instant aucune observa-

tion à l'appui de cette proposition - de donner régulièrement dans un but préventif, tous les dix jours quinze centigrammes de santoline aux tabétiques tourmentés par les douleurs fulgurantes. L'intoxication par la santoline ne serait ainsi à pas craindre, et si, la période d'intermittence dans les douleurs obtenue par ce médicament est bien celle qu'indique M. NEGRO, ce serait, pour ces malheureux damnés sur la terre que sont les tabétiques, la suppression des douleurs fulgurantes.

En résumé, la santoline à la dose unique de quinze centigrammes par jour est un moyen, efficace dans la moitié au moins des cas, pour calmer rapidement les douleurs fulgurantes des tabétiques et enrayer l'évolution d'une série d'accès. L'atténuation de ces douleurs s'obtient aussi avec les doses moindres, de cinq à dix centigrammes par jour; mais elles doivent être répétées plusieurs jours, et alors des crises gastriques peuvent en être la conséquence, si l'on prétend combattre la série des accès. La xanthopsie est le signal du début de l'intoxication; il faut s'enquérir de ce symptôme pour suspendre l'emploi de la santoline. Peut-être la santoline a-t-elle une action préventive sur les douleurs fulgurantes.

#### Fractures obliques de la première phalange du pouce. Cérclage au fil d'argent.

par le docteur O. Lambret.

Professeur agrégé, chargé du cours de médecine opératoire à la Faculté.

Les fractures des phalanges sont rares au rebours des écrasements des doigts qu'on observe en si grand nombre dans les centres industriels. Ce sont ordinairement des fractures directes dans lesquelles le trait de fracture est plus ou moins transversal. On verra qu'il est loin d'en être ainsi dans l'observation qu'on va lire.

Raymonde C..., 2 ans, vient, le 5 février 1902, à la consultation de chirurgie des enfants, à l'hôpital de la Charité. Son père me raconte qu'elle a été victime, le 25 janvier, de l'accident suivant; elle était montée sur une table, quand s'étant portée à l'extrémité de cette table elle la fit chavirer; la table tomba entraînant l'enfant si malheureusement que le pouce gauche fut pris entre le plancher et le rebord de la table. Il y eut immédiatement une déformation considérable qui effraya la famille; le père crut y remédier en « lattant le doigt », mais comme ce traitement n'était suivi d'aucun résultat, il vint à ma consultation montrer l'enfant. Je constatai qu'il existait en effet une défor-

mation considérable du p... surtout par une augmenta... postérieur et par un léger r... la phalangelette était en flex... externe, c'est-à-dire que si... regarder davantage vers l'... côté palmaire vers la base d... une très grande netteté u... presque sous la peau qu'e... côte dorsal on ne trouvait... lement en prenant la phal... l'index, et en la faisant me... niveau de la phalange des r... latéralité; la manœuvre évi... ne provoquait pas de crépita... s'agissait d'une fracture de... cement considérable en ava... pien. Les essais de réducti... paraissaient devoir être co... condition toutefois, c'était... deuxième phalange du pouc... dans la flexion et en appuy... la saillie osseuse pour la ref...

Mais, avant de réduire, e... fait, je voulus avoir une rad... Celle-ci, que je dois à l'oblig... agrégé Bédart, a été présen... l'enfant, à la Société de méde... se prête mal à la reprodui... décalque exact (fig. 1).



Fig. 1

Un simple coup d'œil jeté... de se rendre compte de la gra... ment; on voit également que... turee d'une façon fort curieu...



le fragment supérieur; il en résultait que la plaie était extraordinairement béante. Le malade guérit tellement bien qu'un mois plus tard il se servait de son pouce à peu près comme auparavant, et c'est là un très joli résultat non pas tant peut-être au point de vue de la suture osseuse qu'à celui de la suture tendineuse, qui est loin de toujours donner de telles satisfactions.

#### A propos d'un cas d'astase-abasie chez un enfant de huit ans

publié dans le dernier numéro de l'*Echo Médical du Nord*  
du 22 juin 1902

#### NOTE RECTIFICATRICE

par le docteur **E. Ausset**, professeur agrégé,  
chargé de cours à l'Université de Lille.

Il est véritablement regrettable que de grands hôpitaux, chargés d'assurer les services d'enseignement, tels que l'hôpital de La Charité, ne soient pas pourvus d'un service d'ophtalmologie. A chaque instant, lorsque l'on a affaire à un cas de maladie nerveuse, il nous est tout à fait impossible d'obtenir un examen des yeux, à moins d'avoir recours aux bons offices d'un confrère étranger à cet hôpital. La présence d'un ophtalmologiste éclairerait souvent notre diagnostic et nous ferait éviter des erreurs telle que celle que je viens de commettre à propos de l'enfant dont j'ai publié l'observation dans le dernier numéro de l'*Echo médical du Nord*.

On se souvient que dans mon article d'il y a huit jours j'ai noté que la vision n'avait pas été examinée. Je ne croyais pas que l'examen des yeux allait transformer le diagnostic posé et surtout le pronostic. En effet, l'enfant *n'accusait aucun trouble de la vue*; tous les muscles de l'œil fonctionnaient bien. Il y a deux ans, pour le cas publié par moi et observé à l'hôpital Saint-Sauveur, je pris le soin d'adresser le malade à la clinique ophtalmologique qui me fournit un examen détaillé; si j'avais pu en faire autant cette fois on m'aurait répondu en me signalant des symptômes de nature à modifier, à transformer mon diagnostic.

Voici donc ce qui s'est passé depuis quinze jours.

L'enfant entré à l'hôpital était observé depuis plusieurs jours et malgré des séances de suggestion ne semblait nullement modifié dans son état. Or, un jour on s'aperçut qu'il avait un très léger nystagmus à l'occasion de mouvements des globes oculaires. L'attention fut attirée de ce côté et M. le docteur PAINBLAN voulut bien, avec son obligeance habituelle, faire un examen complet de la vision. Voici la note qu'il m'a remis :

« Rien aux paupières ni aux membranes externes.

Pupilles moyennement dilatées; pas d'inégalité. Hippus peu accentué. Réflexes pupillaires, lumineux et accommodatifs normaux à droite, retardés et paresseux à gauche.

Pas de strabisme; pas de paralysie ni de parésie des muscles extrinsèques: nystagmus oscillatoire n'existant pas dans la rectitude du regard, apparaissant, léger, dès qu'on déplace l'œil dans un sens quelconque. A noter que ce nystagmus, net aujourd'hui, 26 juin, des deux côtés, était très faible le mardi 24, et n'existait que dans la direction du regard à gauche. Acuité visuelle: O D = 1/2; O G compte les doigts à 0<sup>m</sup>30. — Pas de dyschromatopsie. Le champ visuel n'a pu être étudié.

Examen ophtalmoscopique :

OD: névrite optique par stase papillaire, aboutissant à l'atrophie (papille grisâtre, large, à bords irréguliers, flous; vaisseaux qui commencent à se rétrécir. Veines et artères sensiblement du même calibre).

OG. — Atrophie papillaire consécutive à une névrite avec stase (papille blanche, vaisseaux peu nombreux et filiformes). »

Il est évident que, en présence des résultats de cet examen de la vision, si j'avais pu les avoir auparavant, j'aurais cherché ailleurs la cause de l'astase-abasie. Notre petit malade présente bien toujours le même ensemble symptomatique que celui que j'ai décrit précédemment, mais cette astase-abasie relève d'une cause anatomique certaine qui nous est révélée par les lésions des papilles. (Je dois noter aussi en passant que lorsque j'ai présenté cet enfant à la Société de médecine, les réflexes étaient abolis et il n'y avait pas de trépidation épileptoïde; on a constaté depuis une alternance très nette, déjà signalée par THOMAS (Thèse Paris, 1897). De temps à autre, ces réflexes sont exagérés, il y a de la trépidation spinale, puis les réflexes disparaissent à nouveau ainsi que la trépidation).

A quoi donc rattacher le syndrome astase-abasie, présenté par notre petite malade ?

Ce qui frappe le plus c'est le trouble de l'équilibre. C'est là un symptôme cérébelleux des plus nets et qui pourrait nous faire penser à une tumeur du cervelet. Mais il n'y a pas la céphalée occipitale si intense, très commune dans les tumeurs de cet organe; les vomissements qu'on constate s'observent aussi bien dans les tumeurs du cerveau. Toutefois, en présence de la névrite optique, des troubles de la statique, symptômes prédominants chez lui, je pense qu'on peut songer à une lésion du cervelet. Je ne saurais toutefois rien affirmer dans ce sens.

## Consultations Médico-Chirurgicales

### Avortement

Docteur M. OUI.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Une femme, habituellement bien réglée, n'a pas vu ses règles depuis plu-



cation existe, qui consistera à : 1° soustraire l'utérus à toute excitation ; 2° calmer les contractions utérines.

1° *Soustraire l'utérus à toute excitation.* — Cette indication sera remplie par le repos absolu au lit dans le **décubitus horizontal**. Il sera bon, également, pour peu qu'il existe de la constipation, d'administrer un grand lavement évacuateur. La constipation étant capable, par suite de la congestion pelvienne qu'elle amène, de provoquer des contractions utérines.

2° *Calmer les contractions utérines.* — De tous les médicaments qui ont été proposés comme calmants de la contraction utérine (viburnum prunifolium, chloral, assa foetida), il n'en est pas de supérieur aux opiacés.

Si le cas est pressant, faites sans tarder une injection hypodermique de 1 centigr. de chlorhydrate de **morphine**, ou ayez recours à l'administration de morphine par voie rectale selon la méthode de Condamin. Faites dissoudre deux centigrammes de chlorhydrate de morphine dans une dizaine de grammes d'eau. Remplissez de cette solution une petite seringue en verre dont le bout sera coiffé d'une sonde de Nélaton et injectez le mélange dans le rectum.

Dans les cas où le danger est moins pressant vous pouvez utiliser le **laudanum** que vous administrerez à la dose de 15 à 20 gouttes dans un petit lavement. Les lavements laudanisés seront répétés suivant les besoins, toutes les deux heures jusqu'à arrêt ou espacement des contractions utérines. Mais il faudra, si on arrive à dépasser la dose de cinquante à soixante gouttes, surveiller, de très près, la tolérance de la malade.

Il n'est, d'ailleurs, point nécessaire d'administrer les opiacés par le rectum. L'absorption par la bouche en dehors des périodes de digestion, donne des résultats aussi satisfaisants.

Lorsque les contractions utérines auront cessé, il sera prudent de maintenir la femme au lit pendant deux ou trois jours, et de lui recommander, pour le reste de sa grossesse, les précautions nécessaires pour éviter de nouvelles menaces d'avortement.

### C. TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INÉVITABLE.

— Dans ce cas, il faut bien se garder de **rien faire pour entraver la marche de l'avortement**. Plus tôt l'expulsion de l'œuf sera accomplie, mieux cela vaudra. Assurer l'asepsie des organes génitaux et exciter les contractions utérines par des injections vaginales antiseptiques à 48°-50° C., et sauvegarder l'intégrité des membranes de façon à éviter l'avortement en deux temps, moins favorable que l'avortement en bloc, tel doit être le rôle de l'accoucheur.

1° *Une hémorrhagie survient.* — Si l'hémorrhagie qui accompagne habituellement l'avortement est très abondante, capable de mettre en danger les jours de la femme, il est indiqué d'accélérer l'avortement et d'évacuer l'utérus le plus rapidement possible. Il est donc nécessaire d'employer

une méthode qui excite vivement les contractions utérines et qui, en même temps, aide à la dilatation du col.

Introduisez dans l'utérus, et gonflez-l'y, un **ballon de Champetier de Ribes** petit modèle. Placé comme un bouchon au niveau du col, il arrêtera l'hémorrhagie plus sûrement que le tamponnement le mieux fait. En même temps, il excitera les contractions utérines et, poussé par elles, il dilatera largement le col dans lequel il pénétrera comme un coin. Son expulsion sera rapidement suivie par l'expulsion de l'œuf.

2° *Les membranes de l'œuf sont rompues avant l'avortement.* — Lorsque l'avortement a été précédé par la rupture des membranes de l'œuf, l'état du pouls et de la température, l'aspect et l'odeur des liquides qui s'écoulent hors des organes génitaux doivent être observés avec la plus grande attention. Les toilettes vulvaires, les injections vaginales antiseptiques seront faites fréquemment et très soigneusement.

Si, malgré ces précautions, le pouls devient très rapide, si la température s'élève, si les liquides génitaux deviennent odorants, il faudra, sans perdre de temps, évacuer l'utérus et, dans ce cas, employer sans tarder le ballon de Champetier de Ribes.

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 Juin 1902

Présidence de M. GAUDIER.

### Mort rapide par inondation péritoneale.

**M. Castiaux.** — Une femme de vingt sept ans, en pleine santé, sans cause apparente, tombe en état syncopal, et, malgré tous les soins, meurt au bout d'une heure et demie. Des soupçons d'empoisonnement font que l'on ordonne l'autopsie.

A l'examen du corps, aucune trace de violences, aucune ecchymose. Rien à la tête. Sans plus chercher, on pratiqua l'ouverture de l'abdomen, quitte, bien entendu, à aller autre part en cas d'insuccès. On ouvre le péritoine et, immédiatement, on trouve une grande quantité de sang liquide et de sang coagulé. La masse intestinale étant relevée, on examina les organes génitaux. La trompe porte un kyste de la grosseur d'un œuf de poule, rompu en un point. L'incision met à nu une poche transparente renfermant un embryon de 5 semaines environ.

Comme on le voit, il s'agit d'une grossesse extra-utérine tubaire rompue dans la cavité péritonéale. Ces cas sont relativement fréquents en médecine légale et il faut toujours songer à la possibilité d'une semblable rupture dans les cas de mort subite ou rapide chez une femme ne présentant aucune trace de violences.

En 1900, deux autopsies de ce genre, l'une du professeur CASTIAUX, l'autre du docteur DUTILLEUL.





ligature et l'injection, les cobayes les moins résistants succombèrent.

C'est ainsi que sur neuf cobayes appartenant à cette série, quatre seulement vivaient encore au bout de vingt-quatre heures, soit que leur résistance fût plus grande, soit que l'intoxication soit moins intense chez eux : Cette sélection explique donc la plus grande survie observée si l'on attend vingt-quatre heures avant de pratiquer les injections. De plus, chez l'animal qui a survécu huit jours, un anus artificiel s'était produit spontanément au niveau de la plaie abdominale.

La même expérience a été faite sur des lapins. Trois lapins à qui on avait lié l'intestin grêle et qui n'avaient subi aucun traitement sont morts au bout de deux, quatre et cinq jours.

Treize autres lapins ont reçu chaque jour sous la peau des quantités d'extrait glyciné correspondant à des doses de muqueuses variant de 0,50 à 5 grammes. (1). Les résultats ont été dans cette série particulièrement malheureux, puisque huit animaux sont morts au bout de trente-six heures ; deux, le deuxième jour ; deux le troisième jour et un le quatrième jour.

Ces expériences semblent donc assez probantes pour conclure que l'action des extraits de muqueuse intestinale contre les phénomènes de stercorémie, est bien faible, sinon nulle. L'effort thérapeutique dans les occlusions intestinales doit donc avant tout porter sur l'état local en rétablissant le plus tôt possible le cours des matières. Quant à l'état général, peut-il être amélioré par l'opothérapie entérique ? Le fait est douteux et il est peut-être préférable, jusqu'à nouvel ordre, de s'en tenir aux simples injections de sérum artificiel, excellent stimulant des fonctions éliminatrices et cardiovasculaires.

### Mort subite post-opératoire

**M. Gontier** rapporte au nom de **M. Oui** et au sien l'histoire d'une malade de 43 ans qui mourut subitement sans dyspnée, mais avec des intermittences cardiaques, à la suite d'une intervention abdominale. Il ne s'agissait pas d'embolie pulmonaire comme cela arrive parfois (thèse de **Martinet**). Le cœur était sain.

**M. Combemale** remarque qu'il existait chez le malade des adhérences pleurales d'un côté et que ce peut être là une cause de mort subite.

**M. Dutilleul** répond qu'on observe avec la plus grande fréquence des adhérences pleurales généralisées et qu'il n'y a pas lieu de penser qu'elles puissent entraîner aucune conséquence fâcheuse.

M. Gérard est du même avis. Les adhérences pleurales sont fort communes et sans importance.

(1) Trois expériences de contrôle ont montré que cette dose de 5 grammes introduite par la voie sous-cutanée ne déterminait pas d'accidents toxiques.

M. Ingelrans pense que, la mor  
d'intermittences cardiaques et de pâ  
a du s'agir d'un accès d'angine de p

M. Dutilleul dit qu'en tout cas il y a une très lointaine entre la mort et l'opération, qui peut être aussi bien anté-opératoire que post-opératoire.

### Polype placent

M. Qui lit une observation de  
publié).

## VARIÉTÉS & ART

## La maladie d'Édouard VII et la pr

Nous devons aux préparatifs du couronnement d'Edouard VII, des caux fournis par la presse médicale maladie du roi. La *Lancet* et le *E* avaient, en vue des fêtes projetées numéros deux jours à l'avance. C'est dès maintenant, à côté des comptes politiques, quelques renseignements nalistes médecins.

Voici les renseignements indiqués par les périodiques anglais. Le roi est tombé lundi soir. Le bruit se répandait d'abord qu'il atteignait d'appendicite et qu'une opération était reconnue nécessaire avait eu lieu. Sa Majesté avait beaucoup souffert pendant la nuit. Au mardi. A 10 heures du matin une opération fut faite. Y assistaient Lord LISTER, Sir THOMAS LAKING, Sir THOMAS BARLOW et Sir JOHN ROBERTSON. L'opération fut faite vers midi par le docteur FRÉDÉRIC HEWITT. On trouva un large abcès qui fut ouvert. L'état du roi est actuellement aussi bon que se peut espérer.

La *Lancet* et le *British medical* dence assez étrange, publient tous de tête la Cavendish Lecture faite la West London medico-chirurgie DERIC TRÈVES, Chirurgien du roi, Prince de Galles, Chirurgien Cor Londres. Le sujet de cette confé phases de l'inflammation de l'a discute les indications de l'opér qu'une opération immédiate doit il y a soupçon de suppuration.

L'état du roi est très grave et, ce  
tin de mardi soir, il faut attendre q  
le roi ne soit hors de danger. L'op  
chirurgien dont la compétence e



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Cartier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guér** de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ké** l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lap** de clinique ophtalmologique à Paris ; **I** hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes) pendant de l'Académie de médecine ; **I** cipal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, chargé d'un cours d'accouchements ; **S** de pathologie interne et expérimentale ; **S** agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, m  
**POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la L.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX :** Mort subite étrange mais expliquée : Fracture du crâne ; ramollissement ancien des deux lobes frontaux, par le docteur **P. Kéraval**, directeur-médecin de l'asile d'Armentières. — **CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES :** Variole, par le professeur **F. Combemale**. — **NOUVELLES ET INFORMATIONS.** — **STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.**

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Mort subite étrange, mais expliquée

Fracture du crâne ; ramollissement ancien des deux lobes frontaux

par le docteur **P. KÉRAVAL**,

Directeur-médecin de l'asile d'Armentières.

Voici une histoire intéressante pour bien des motifs. D'abord l'état mental du malade, qui jouissait, dans l'asile, d'une grande liberté, et ne se plaignait guère, mais à la condition qu'on ne le priât pas trop de travailler. Son attitude était celle du *carottier* et du *frico-teur*, pour nous servir des termes employés dans les régiments. Il changeait fréquemment de besogne et se donnait plutôt l'importance de l'homme affairé qu'il n'en avait le mérite. Au fond il était paresseux : ce qu'il prenait surtout à cœur, c'était d'abandonner successivement et le plus tôt possible les occupations qu'on lui confiait. Assez indifférent du reste aux reproches qu'on lui adressait, il donnait pour prétexte la fatigue. Il prétendait encore que les aliments, quels qu'ils fussent, étaient, pour lui, dénués de parfum et de goût. Tel il avait toujours été, tel il était encore

dans les derniers temps de sa vie. I  
tout travail parce qu'il portait un du  
au-dessous du gros orteil droit.

Son observation comporte les pri  
rités suivantes :

C... H., né le 30 septembre 1840  
fession de journalier, entre à l'as  
1892. Il serait atteint pour la sec  
tion mentale ; la première fois sa r  
servé et soigné ; elle a cependant dé  
parce qu'il buvait constamment et  
la frapper. Il boirait depuis 1882.

Cette fois il a été arrêté sur la voi  
duit à l'hôpital. Tout à fait confus,  
tions qu'on lui posait, il répondait :  
le trouver. » Il ne reconnaissait ph  
enfants par exemple. Tout le mon  
déclaré que c'est un buveur incorri

A son entrée à l'établissement on  
blement très net, surtout dans les m  
une certaine incertitude dans la m  
nocturnes d'animaux, qui parfois v  
son lit, des cauchemars. La sens  
comme cela se voit en pareil cas.  
tome artériel.

C... répète continuellement les m  
sans cesse de son métier de gérant  
très fort dans son métier, ainsi qu'  
la ville de Lille. « Demandez apr  
qui, tout le monde me connaît, »  
physique est signalé comme satisfa

Le certificat d'admission enregist  
ment des facultés intellectuelles, et  
de la mémoire, des idées ancrées  
contentement. A la quinzaine, le ch

du début d'une para-  
allucinations ont dis-

de la même année, le  
sion ; en décembre, la  
ne formule : lucidité,

par la persistance de  
nd affaiblissement des  
à autre, quelque exci-  
omatite passagère en

it intellectuel consti-  
ier semestre de 1894.  
s musculaires et arti-  
sa sortie afin d'aller  
t fonde sur ce projet  
tentions reparaissent.  
ée de douleurs avec

uentes réclamations,  
intermittente, tantôt  
travaille pas du tout,  
septembre des siffle-

examinai pour la pre-  
oolique chronique en  
de démence. Il me  
ivement compliquées,

s varié, une gingivite  
e dentaire.

ter sa vie à l'établis-  
ours des années sui-  
son calme a persisté  
latives à son activité.  
i en loin il a présenté  
agères, si passagères  
i la description. Il en  
nous avons indiquée  
attaché une extrême  
fort dément, grand  
e.

tout à coup, le 5 juin  
du soir, tandis qu'il  
ons du brassage de la  
mbe brutalement en  
on l'examine, il était  
auche du liquide san-  
ture du rocher.  
res après la mort. En

— En pratiquant la  
temporal *gauche*, on  
assez grande quantité  
fondes sont ecchymo-  
a curette, et l'on met  
n raquette du muscle  
ni-partie au-dessous,  
diamètre d'une pièce  
nent direct et à plat  
sseuse.

Cette *fracture* irradie du côté  
sous la forme d'une fissure qu  
pito-temporale du même côté  
occupent la zone de cette sutu  
est presque longitudinal et m  
centimètres. Le cerveau enlevé  
le crâne une fois raclée, on co  
présence d'une seconde fissu  
trou déchiré postérieur, sans  
cette seconde fissure est long  
peu près.

Tandis qu'on enlevait la bo  
couvert une hémorragie de l  
de la fracture, Cette mem  
adhère aux autres méninges  
interhémisphérique.

La pie mère et l'arachnoïde  
facilement, sauf au niveau du

Le *cerveau* en effet est le siège  
*ramollissement ancien, symétrique*, qui porte sur l'*extré-  
mité antérieure des deux lobes frontaux*. Il occupe les  
seconde et troisième frontales, et empiète un peu sur  
la première frontale et le *bulbe olfactif*. C'est un ramol-  
lissement jaune. En cette région, le tissu nerveux est  
déprimé, forme un creux, une excavation profonde,  
particulièrement accusée à la face antérieure et infé-  
rieure des hémisphères. Le dessin des circonvolutions  
est méconnaissable. La dégénérescence graisseuse est  
évidente. La décortication d'avec les méninges molles  
est impossible, tout à fait impossible. On n'y perçoit  
aucune trace de vaisseaux.

En dehors de ce foyer, qui n'atteint naturellement  
pas les pieds des secondes et troisièmes frontales, la  
substance grise des hémisphères est normale, si ce  
n'est peut-être un peu diminuée de volume.

Il existe quelques piquetés hémorragiques de  
date récente dans la substance blanche, surtout dans  
les lobes occipitaux.

Les artères cérébrales sont plaquées d'athérome.

En résumé, la mort a été déterminée par une frac-  
ture de la base du crâne. Celle-ci a été provoquée  
par la chute du malade, sous l'influence probable  
d'une crise épileptique.

Les lésions cérébrales montrent qu'il était travaillé  
par une désorganisation profonde.

Le siège bilatéral et symétrique du ramollissement  
ancien n'est pas banal. Baraduc a publié une obser-  
vation analogue avec autopsie chez un homme de 73  
ans, de *conduite bizarre* (2).

Tout récemment Zacher note chez un hom  
ans la suppression des deux moitiés antérieu  
deux lobes frontaux par un foyer de ramollisse  
Les phénomènes psychiques correspondants se

(1) NOTHNAGEL. *Maladies de l'encéphale*, traduction KRAV.  
Paris, in-8 1895.

(2) Ueber einen Fall von doppelseitigem, symmetrisch g  
Erweichungsherd im Stirnhirn, und Neuritis optica. *Neurolo-  
gisch-ärztliche Zeitschrift* XX. 1901, no. 23, p. 1074.

avoir été : *a*, un trouble de l'attention entraînant de l'amnésie ; *b*, l'oubli de soi-même ; *c*, l'inémotivité ; *d*, l'insouciance. Tout ceci est à rapprocher de l'état mental de C..., car c'est de la démence.

Il y a néanmoins encore bien des progrès à effectuer avant qu'on ne soit en mesure d'analyser exactement la modalité des facultés intellectuelles qu'on serait en droit d'attribuer au lobe frontal en se fondant sur les foyers anciens localisés, pied de la seconde frontale, pied de la troisième frontale et frontale ascendante mis à part. En tout cas, l'absence complète de paralysies motrices, et de troubles de la parole, de symptômes de déficit somatiques, dans les lésions bien localisées de la partie antérieure des lobes frontaux est, semble-t-il, établie.

Il nous reste encore un point à traiter. On a relevé la destruction, au moins partielle, chez C... des deux bulbes olfactifs. Il assurait que les aliments n'avaient pas de parfum pour lui. Bien qu'on n'ait pas déterminé s'il s'agissait d'anosmie antérieure, d'anosmie postérieure, ou d'ageusie, ni à quels degrés, de quelles sortes, en quels endroits des muqueuses, l'altération des nerfs eux-mêmes indique les cavités nasales. Au surplus G..., en sa qualité d'alcoolique, avait peut-être également de l'ageusie.

## Consultations Médico-Chirurgicales

### Variole

**INFORMATIONS CLINIQUES.** — I. Un adulte, de huit ou quinze jours après avoir été exposé sciemment ou inconsciemment à la contagion, éprouve subitement sans prodromes un frisson violent, unique, prolongé, se plaint d'une céphalée atroce et continue, a de 39°5 à 40° de fièvre et un pouls plein à 120 ; on le voit dyspnéique, vomissant, salivant copieusement, parfois délirant. Le lendemain, cet état fébrile, cette anxiété se doublent d'une rachialgie intense, parfois de névralgies, et d'un rash, sous forme de larges plaques rouge foncé siégeant aux plis inguinaux et aux creux axillaires (scarlatiniforme), de plaques rosées occupant les membres, le genou, le dos du poignet (morbilliforme), ou de taches purpuriques, ecchymotiques ; la constipation est opiniâtre pendant cet espace de temps. Le quatrième ou le cinquième jour, la fièvre tombe, entraînant la chute du pouls, et sur le front, dans les cheveux, puis le nez, les paupières, la bouche, le cou, le tronc, les membres supérieurs, naissent des macules, devenant papules le lendemain, vésicules avec une ombilication centrale le

septième jour, pustules ensuite qui mettent le visage du malade en feu, lui donnent des traits méconnaissables, un aspect repoussant. Au huitième ou au neuvième jour la fièvre reparait à 39°, accompagnée ou non de délire, en même temps que la suppuration envahit les pustules, dont la plupart au visage crèvent, dégageant une odeur fade et nauséabonde, et faisant du malade un objet de hideur et de dégoût. Trois jours après, la fièvre disparaît : la convalescence se prépare. Si rien ne l'entrave, si des abcès dermiques profonds ne surviennent pas, la dessiccation et la chute des croûtes purulentes qui n'ont pas suinté se fait sur tout le corps, même aux pieds, en une quinzaine de jours ; si les pustules ont été lacérées, la convalescence est plus longue, et des cicatrices indélébiles se formeront, qui auraient été de simples macules ou des cicatrices tôt effacées, si les pustules n'avaient pas suinté. Telle est la *variole cohérente*, celle dont au visage du moins l'aurole des vésico-pustules vient au contact, telle aussi la *variole discrète*, dont l'éruption est moins abondante, moins serrée.

Le pronostic de cette forme clinique est favorable ; les complications de la convalescence, la mort subite mises à part, le malade en réchappe toujours.

II. Un adulte, qui n'a jamais été vacciné, éprouve avec une intensité extrême le frisson, la rachialgie, la fièvre de l'invasion variolique, aggravés de délire, de dyspnée, de diarrhée, d'albuminurie, accompagnés d'un rash d'aspect vineux. En deux jours seulement le stade d'invasion est franchi ; et au troisième jour apparaissent les éléments éruptifs, très nombreux et très serrés, qui gonflent et tuméfient de façon énorme le visage, les paupières, les narines, produisant l'hyperesthésie du cuir chevelu, de l'enchifrènement, de la salivation, du larmolement. Les vésicules qui succèdent sont si pressées que l'ombilication n'en est pas visible ; la fièvre ne tombe du reste pas. Quand survient la purulence, le masque phlycténoïde du malade se crève, du pus concret s'écoule odorant, tandis que l'éruption continue aux extrémités. C'est la *variole confluyente*, plus sévère, souvent mortelle.

Avant la dessiccation, la mort peut survenir par complication broncho-pulmonaire ou par myocardite. Mais si le malade passe le onzième jour, les nappes purulentes se recouvrent de croûtes brunâtres, où se formeront des abcès superficiels ; et vers le vingt-cinquième jour la peau se dépouille et apparaît tigrée ; le nez surtout est maltraité.

III. Un alcoolique, un déprimé, un diabétique, un intoxiqué en un mot fait en trois jours sa période classique d'invasion de la variole avec un rash très marqué, presque généralisé et au milieu d'hémorrhagies diverses : épistaxis, hématuries, hématoméses, hémoptysies, melœna, ecchymoses sous-conjonctivales. L'état général devient rapidement grave : fièvre à 40°, pouls filiforme, dyspnée, douleur rétro-sternale, persistent sans subir de sédation, et sans que l'érup-



est variable suivant la forme clinique revêtue et la période de la maladie où l'on intervient.

**Variole discrète. — Variole cohérente**

**Durant la période d'invasion.** — Pendant les quatre jours que dure l'invasion, on ignore ce que sera l'éruption, de bruyants symptômes d'invasion pouvant n'aboutir qu'à une simple varioloïde. Cependant, pour éviter la forme clinique dite discrète maligne, constituée par une éruption sortant péniblement au milieu de phénomènes nerveux intenses, on devra dès le diagnostic porté employer l'**acétate d'ammoniaque**, qui en raison de son action vasomotrice cutanée passe pour favoriser l'éruption. La potion suivante, par exemple, sera prise en deux jours.

Acétate d'ammoniaque . . . . .	15 gramm.
Eau de menthe . . . . .	à 30 gramm.
Eau de fleurs d'oranger . . . . .	
Eau de mélisse . . . . .	
Sirup d'éther . . . . .	à 20 gramm.
Sirup de capillaire . . . . .	

**Fièvre.** — Contre la fièvre, qui est toujours intense, il faut prescrire l'**aspirine**, l'**antipyrine**, qui entraînent de la sudation ; mais on se gardera de la quinine, de l'acide phénique qui sont de dangereux ou d'infidèles antipyrétiques : au besoin, on pourra avoir recours à des **bains tièdes** ; les bains froids doivent être rejetés, comme susceptibles de contrarier l'éruption dans certains cas, de traumatiser la peau dans d'autres.

**Rachialgie.** — Contre le symptôme si pénible, la rachialgie, on prescrira un simple enveloppement ouaté ; les frictions sur la région avec un liniment, même anodin, irriteraient la peau.

**Constipation et vomissements.** — La constipation habituelle de cette période appelle un **purgatif salin** ; par exemple trente grammes de sulfate de soude, ou un verre d'eau d'Apenta, de Villacabras ou une limonade Rogé. Les vomissements, fréquents aussi, qui interdisent l'alimentation, seront calmés par la potion de Rivière.

Par les moyens thérapeutiques employés, on vise le résultat d'éloigner les germes cutanés et intestinaux, susceptibles de jouer un rôle dans la phase d'éruption ; on fait de l'antisepsie externe et interne préparatoire.

**Durant la période d'éruption.** — Pendant les quatre jours que dure la cuisson du visage, les douleurs causées par la congestion et la distension de la peau sont excessivement pénibles ; la fièvre est tombée, mais les métrorrhagies chez la femme sont à craindre ; l'angine est d'autre part bien pénible pour le malade.

**Métrorrhagies.** — Quelques lavages vaginaux antiseptiques ou à l'eau bouillie chaude seront à opposer à ces métrorrhagies parfois très abondantes.

**Angine.** — Contre l'angine, érythémateuse d'abord, vésiculeuse ensuite, le gargarisme suivant est agréable et calmant.

Alcool à 86° . . . . .
Salol . . . . .
Thymol . . . . .
Essence de vanille . . . . .
Essence de menthe . . . . .

une cuillerée à café par verre d'

L'eau de Vichy ou une :  
**de potasse** sont également

**Processus cutané.** — Comme fièvre, tout l'effort thérapeutic processus cutané qui, aboutissant varioliques, amène après gu sur le visage, mais est cause orifices de rétrécissements gé

Les agents de la suppuration l'extérieur, des masques abominant le loup dans la bergeriebles qu'utiles (Sydenham).douteuse, la suppuration po

Si l'on croit y avoir recourtion maculeuse à l'onguent d'amidon, on appliquera sublimé, on pulvérisera une : cinq, de sublimé à 1 pour 5 mon.

Alcool à 90° . . . . .
Ether . . . . .
Sublimé . . . . .
Acide citrique . . . . .

trois ou quatre fois par jour, fois, sur le visage, en proté souffriraient vivement de l' Bien que l'effet de ces pulvé conseille de s'en abstenir ; soient réellement efficaces co

Les glycérolés, les pommades, au borax, à l'acide borique l'acide salicylique ne sont pas en règle pratique habituelle,

Par contre, ce qui est moins tage les cuissons intenses, c'est de saupoudrer le visage d'**éther**. Donnez des **bains** douleurs des mains et des pieds dans l'intervalle des bains, att aux montants du lit, envelopp frottements irritants et aussi déchire point le visage et les

Quelques pustules se trouvent dangereuses, comme sur la ce ouvrez-les sans retard et avec de manière à éviter les leucor

**Pendant la période de s**





perdue du reste avant que d'être engagée. Il n'en faut pas moins lutter, et il faut lutter comme quand il s'agit d'une infection hémorrhagipare.

**Hémorrhagies.** — Il y a souvent lieu d'administrer l'**ergotine** à la dose de 1 à 3 grammes, sous la forme suivante de préférence :

Ergotine.....	5 grammes
Tanin.....	2 grammes
Sirop de consoude.....	210 grammes

une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

ou l'ergotinine, solution de Tanret, en injections hypodermiques par deux ou trois miligrammes par jour. Le **perchlorure de fer** pourra remplacer l'ergotine ; la potion suivante est de mise :

Perchlorure de fer.....	4 grammes
Eau de Rabel.....	4 id.
Sirop de fleur d'orange.....	30 id.
Eau.....	90 id.

La suivante au chlorure de calcium n'est pas moins précieuse à connaître :

Chlorure de calcium.....	4-6 grammes
Sirop écorces oranges amères.....	40 id.
Eau-de-vie vieille.....	30 id.
Iture canelle.....	5 id.
Eau distillée.....	50 id.

Au cas où le lavement serait nécessaire pour arrêter une hémorrhagie, on se souviendrait du suivant :

Extrait de ratanhia.....	6 grammes
Eau salée bouillie.....	1,500 id.

deux fois par jour.

Localement, on pourra faire des applications de **glace** ; en cas d'épistaxis, on songerait à pratiquer le tamponnement des fosses nasales, ou des badigeons d'**eau oxygénée pure**.

**Dyspnée.** — La dyspnée intense, l'asphyxie, qui résultent de l'infection, trouvent dans les **inhalations d'oxygène**, dans des lavements d'oxygène un moyen efficace de les combattre, de les amender. Dans ce but seront aussi prescrits les excitants respiratoires même, tels que l'**acétate d'ammoniaque**, le sirop d'éther, à la dose de 150 gr., la **teinture de musc**, la potion de Todd ; le thé, ou la potion musquée camphrée suivante :

Musc.....	50
Camphre.....	1 gramme
Gomme arabique.....	3 id.
Eau distillée de menthe.....	100 id.
Sirop de gingembre.....	25 id.

L'ergotine, le perchlorure de calcium seront suffisants le plus habituellement pour dans la forme confluente hémorrhagique combattre ce symptôme aggravant. Mais pour peu que la dyspnée intervienne, les mêmes moyens seront employés, oxygène, stimulants de tous ordres.

### **Varioloïde ou variole fruste**

La grande variabilité d'expression clinique de cette forme de la variole rend le traitement variable.

Si la période d'invasion traîne, et on l'a vu durer huit jours, l'éruption sera sollicitée par des bains, les ammoniacaux.

L'éruption étant généralement discrète, c'est comme une variole discrète qu'il faudra la traiter dès qu'elle s'annonce fruste.

Et si la suppuration dure quelques heures seulement, chose fréquente, il faudra s'en féliciter, et ne rien tenter pour la provoquer,

Les bourgeons charnus sous-jacents aux squames sont quelquefois fort exubérants : touchez alors au crayon, au nitrate.

Mais règle générale, **soyez sobre d'intervention** dans ces cas bénins, surveillez surtout.

### **Variole chez la femme enceinte**

Les craintes d'avortement chez la femme enceinte qui fait une variole cohérente commandent quelques mesures particulières : La mort du fœtus, la transformation hémorrhagique des pustules et l'issue fatale qui en est la suite quasi-fatale exigent que si l'on ne peut prévenir l'avortement, tout au moins on s'efforce de réduire cet avortement chez une infectée à un avortement non compliqué d'infection.

Les **lavages vaginaux**, recommandés dans le cas de métrorrhagie, seront donnés dès le début de la variole, à l'eau bouillie simple, au sublimé, sans percussion. Si l'on croit pouvoir éviter l'avortement, on aura recours au laudanum. Si l'avortement est inévitable, et qu'on soit certain de l'antisepsie, on le facilitera avec le ballon de Champetier, sinon on le laissera se faire seul, en exagérant, une fois la sortie du fœtus terminée, les lavages et injections intrautérines habituels au permanganate et au sublimé.

**PROPHYLAXIE.** — La prophylaxie est individuelle et générale.

Le moyen prophylactique certain de la variole est la vaccination par le cow-pox. La variolisation, peu usitée, est à rejeter ; et l'Académie de médecine aspire à sa suppression universelle.

**Vaccination.** — On se servira, autant que faire se pourra, d'un vaccin pas trop récemment préparé, mais ayant moins de six mois de date et provenant d'un Institut vaccinogène où sont réalisées, de façon notoire, toutes les garanties de pureté exigibles. On inoculera ce vaccin au bras ou à la cuisse par scarifications faites après lavage, de la région, avec un vaccinostyle flambé et spécial à chaque vacciné. Les scarifications ne devront point saigner ; cinq minutes au moins devront s'écouler avant que ne soit recouverte la région inoculée. On se souviendra que **chez les enfants, l'inoculation doit être faite le plus loin possible des plis cutanés**, pour éviter toute souillure.

Si, au bout de quelques jours, il se produit des déman-

léger, il s'agit de fausse vaccine. La 10<sup>ème</sup> jour sous forme d'une vésicule, le 7<sup>ème</sup> ou 8<sup>ème</sup> jour. Un 10<sup>ème</sup> jour, parfois accompagnée le 10<sup>ème</sup> jour, la pustule crève, et à la route qui tombe au 20<sup>ème</sup> jour délébile.

est produite, dès le 10<sup>ème</sup> ou le 11<sup>ème</sup> est complète. Avant cette date, la vaccine persiste. L'immunité contre la vaccine de cinq à six ans, souvent même plus. Pendant toute la croissance de la vaccine l'immunité est plus courte qu'aux autres, en raison de la rénovation des

mais une contre-indication à la vaccine le dernier mois de la grossesse, il faut r. L'enfant peut naître vacciné.

En outre, on doit vacciner sans retard les vieillards, même s'ils ont eu la vaccine; car celle-ci peut indéniablement exercer d'ailleurs aucune influence sur la vaccination. **Tous les reproches qu'on lui a fait sont mal fondés.**

En temps d'épidémie, mieux vaut r. le médecin a le devoir de se servir de ses moyens, de revacciner

En outre, il recommandera l'isolement des personnes atteintes de la vaccine, mesure compatible avec le milieu social, les personnes qui le soignent; la vaccine à toutes les phases de son évolution, la vaccine; la durée de cet isolement est la desquamation.

Professeur F. COMBEMALE.

## & INFORMATIONS

### SITÉ DE LILLE

La 10<sup>ème</sup> annuelle de l'Association des Cours Mutuels des Médecins du Nord s'est tenue à Cassel le dimanche 10 courant du docteur OLIVIER, président.

MM. COMBEMALE, doyen de la Faculté de Lille; COUVREUR, père et fils (de Lille); DRANSART (de Doriguies); FOLET (de Roubaix); FOLET (de Lille); GIRARD (d'Avesnes); HUART (de Denain); MANDRON (de Bavay); TREMBLIN (de Bermerain) et

étaient présents: MM. OLIVIER (Lille); BUISSON (Aubercourt); DECOOL (Hazeubrouck); CANONNE (d'Anzin); LOOTEN, SURMONT, NOQUET, OUI, AUSSET, RICHARD-LESAY, BÉDARD, BÉCOUR, PAINBLAN, PATOIR, DELÉARDE (de Lille); REUMAUX (de Dunkerque); BURY (Loon-Plage); SOCKEL (Douai); SMAGGHE (Hazeubrouck); BOURLON (Valenciennes); HEEM (Cassel); LONGUEVAL, (Watteau), LENGRAUD (Vertain); GUGELOT (Waziers); CHOCQUET (Armentières); WILLOT (Valenciennes); DERVILLE (Roubaix); DEPOUTRE (Cambrai); CAFFEAU fils (Aniche); VANDAME (Aniche); ISAÏE REUMAUX (Steeple); SANSSEN (Hondschoote); PRUVOST (Bourbourg); HERBERT (Dunkerque); COPIN (Louches).

La séance s'est ouverte par un vote sur l'admission de nouveaux confrères candidats. Ont été élus à l'unanimité: MM. DRUCBERT (Lille); VERHAEGHE (Lille); BRETON et BERTIN (de Lille); NUYTS (Roubaix); DESFOSSÉS (Tourcoing); BOUCHEZ (de Busigny); DUMOULIN Paul (Douai); VANELOO (Petite-Synthe); DELGRANGE (Lederzeele); POUPAERT et PAUBLAN (Hazeubrouck); BOURLON, DE LAUWERREYNS DE ROSENDAEL et SALTIEUX (Valenciennes); HABAR (Anzin).

M<sup>mes</sup> OLIVIER, BÉCOUR, LOOTEN, OUI et SURMONT sont inscrites également comme membres de l'Association.

Le président OLIVIER a ensuite donné lecture de son discours dans lequel il a passé en revue les deuils de l'année ainsi que les distinctions dont ont été honorés certains membres de l'Association.

Le Dr SURMONT, secrétaire général, a fait le compte-rendu des travaux de l'année, que nous sommes heureux de reproduire ci-après:

Messieurs et chers Collègues,

Je diviserai en deux parties l'histoire de l'Association depuis l'assemblée générale de l'an dernier, en vous disant d'abord ce qui s'est passé à la Société Centrale, puis, nos faits et gestes locaux.

I

Un événement important a été l'élection d'un nouveau Président, à la place du professeur LANNELONGUE, qui, depuis dix ans, prodiguait à l'Association ses efforts, son temps et ses largesses et qui a été nommé Président honoraire. Le professeur BROUARDEL, qui fait partie de l'Association depuis 1863 et du Conseil général depuis 1870 et qui, aux titres scientifiques et professionnels que tout le monde connaît, joint ceux de Président de l'Association des Médecins de la Seine et de Président d'honneur de l'Union des Syndicats, a bien voulu accepter la candidature. La façon dont M. BROUARDEL a toujours mis à la disposition du corps médical son intelligence et son cœur n'est ignorée de personne; aussi sa candidature a-t-elle été accueillie avec la plus grande faveur. 83 Sociétés ont pris part au vote et, sur leurs 7.694 membres, 3.294 ont pris part au scrutin. 3.144 voix, soit 96 pour 100 des suffrages exprimés, se sont portés sur M. BROUARDEL. C'est la presque unanimité... Dans notre Association locale, sur 336 membres, 134 ont pris part au vote, 132 voix se sont portées sur M. BROUARDEL, une sur le professeur Charles RICHET. Il y a eu un bulletin nul. Les résultats de cette élection ont été proclamés à l'Assemblée générale annuelle

du 16 avril 1902, au milieu des applaudissements unanimes.

M. le docteur BUCQUOY, président de la Société Centrale, M. le docteur LANDE, président de la Société de la Gironde et de l'Union des Syndicats, qui ont l'un et l'autre donné depuis longtemps des preuves multiples de leur dévouement aux œuvres médicales et professionnelles, ont été élus vice-présidents de l'Association générale, à la place de M. LÉON COLIN, qui a décliné l'honneur d'une réélection, et de M. le Dr HAMFAU, d'Arcachon, décédé.

Enfin, MM. Paul BERGER, professeur à la Faculté de médecine; RICHELLOT, professeur agrégé; BLANQUINGUE, président de la Société de Laon; RIST, président de la Société de Seine-et-Oise; GASSOT, président du Comité de direction du concours médical; LEPAGE, professeur agrégé, ont été élus membres du conseil général pour la première fois.

MM. CHAUFFARD, DIEU, PÉRIER et notre vénéré président, M. R. OLIVIER, ont été réélus aux mêmes fonctions.

M. LAUGIER a été élu secrétaire.

La situation financière de notre Association est toujours aussi brillante. Le dernier exercice s'est soldé par une augmentation de notre avoir social de 77.869 fr. 18 c. qui ont été répartis entre les trois caisses de la façon suivante :

Fonds généraux . . . . .	17,256 37
Pensions, allocations . . . .	43,408 33
Veuves et orphelins . . . . .	17,204 48

L'avoir total de l'Association des médecins de France s'élève aujourd'hui à 2.473.300 fr. 49 c. plus 7.210 fr. 60 c. de rente, non compris l'avoir des Sociétés unies.

La fortune de l'Association se répartit entre ses trois caisses de la façon suivante : 1<sup>re</sup> Caisse des fonds généraux, 123.233 fr. 72 c., plus 150 fr. de rente; 2<sup>e</sup> Caisse des pensions et allocations : 2.104.787 fr. 66 c. dont 1.404.980 fr. 59 à la caisse des dépôts et consignations et 656.487 fr. à la Caisse Nationale des retraites pour la vieillesse. Le reste, 43.320 fr. 07 en caisse des trésoriers; 3<sup>e</sup> La caisse des Veuves et Orphelins possède un capital de 245.279 fr. 11 c. plus 215 francs de rente.

Le bien que l'Association fait avec cette fortune est considérable et je suis toujours étonné d'entendre des confrères qui font partie de notre Société être si mal renseignés à ce point de vue. Depuis dix ans, l'Association a distribué chaque année 120.000 francs en secours (1) et nous avons à l'heure actuelle 86 confrères pensionnés par l'Association, 1 pensionné à 300 francs (2), 83 à 800 francs et 2 à 1000 francs. Cette année l'Association a reçu seize demandes de pension de seize sociétaires dont huit docteurs et huit officiers de santé. Toutes ont été accueillies favorablement.

La situation morale de notre société vous a été exposée dans une circulaire de notre éminent secrétaire-général, M. LEREBoullet, que je vous ai fait parvenir en son temps et qui est datée du 15 décembre 1901.

Notre Association garantit le droit absolu à une indemnité en cas de maladie ou à une pension de retraite à ceux de nos collègues qui le désirent, c'est-à-dire qui veulent s'inscrire aux deux caisses annexes dont mon dévoué prédécesseur vous a exposé le fonctionnement dans son rapport de l'an dernier... Une partie des ressources de l'Association sera chaque année consacrée à payer les cotisations à ces œuvres de ceux de nos sociétaires qui seraient momentanément hors d'état de le faire et à sauvegarder ainsi leurs droits en leur gardant la sécurité de l'avenir, dans les moments où des malheurs imprévus les mettent dans l'impossibilité de continuer leurs versements statu-

taires. L'Association a versé cette année à la Caisse des retraites, dans ces conditions, une somme de 708 francs.

En dehors du droit à l'indemnité en cas de maladie et à la retraite garantie, les sociétaires prévoyants gardent bien entendu tous les privilèges d'assistance attachés à leur titre et en particulier, il est entendu qu'ils pourront en même temps recevoir d'une façon cumulative les pensions viagères d'assistance ou les allocations annuelles que l'Assemblée générale de l'Association verse chaque année à ceux de ses membres que le malheur oblige à recourir à l'Assistance confraternelle. Ainsi, par exemple, la pension de 1.200 francs servie par la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français pourra être cumulée avec les allocations annuelles de 800 francs servies par l'Association, allocations que l'on espère porter prochainement à 1000 fr. L'Association poursuit donc à l'heure actuelle un double but : favoriser les œuvres de prévoyance en aidant au recrutement et au fonctionnement des caisses annexes, continuer son œuvre de Société de Secours Mutuels approuvée, en donnant aide et assistance à tous ses sociétaires, comme elle l'a fait jusqu'à présent par les pensions de retraite, par les secours passagers, enfin par les subventions accordées aux veuves et orphelins, ce qui n'est pas la forme la moins utile de notre assistance médicale.

Je ne cite que pour mémoire l'appui moral et effectif que l'Association et ses conseils judiciaires sont toujours prêts à apporter à tous ceux de nos collègues qui ont recours à elle.

La suppression de la limite d'âge de quarante ans comme date d'entrée dans l'Association, rendue nécessaire par l'affiliation des nouvelles Caisses de prévoyance citées plus haut, a été votée par l'Assemblée générale tenue à Paris, le 10 novembre 1901, confirmant votre vote du 13 octobre 1901.

M. le Vice-Président NOQUET vous parlera tout-à-l'heure de l'admission des femmes dans l'Association, réglée définitivement aujourd'hui, mais qui soulève un certain nombre de questions annexes intéressantes.

L'Assemblée générale, sur la proposition de M. LEREBoullet, a adopté le projet de remplacer, à partir de 1903, l'annuaire de l'Association par un bulletin qui paraîtra plusieurs fois chaque année et, sans augmenter sensiblement nos frais d'administration, sera exclusivement consacré à faire connaître à tous les médecins français, les statuts, les actes et les bienfaits de l'Association tout entière.

Ce bulletin comprendra donc tous les documents que renferme l'Annuaire, tous les actes des Sociétés unies, tous les procès-verbaux des séances du Conseil général, l'état financier des Caisses d'assistance et des Caisses de prévoyance annexées à l'Association, la liste de leurs membres, etc. etc...

Il sera une tribune largement ouverte à tous ceux qui auront quelque idée à émettre, quelque proposition d'intérêt général à défendre. Il ne supprimera pas, pour toutes les Sociétés unies, le bulletin local que plusieurs d'entre elles voudront sans doute continuer, parce qu'il entretient entre les sociétaires une communion d'idées et d'intérêts très utile à la prospérité de l'œuvre. Mais il allégera singulièrement les charges imposées par ces publications, puisque tous les documents d'intérêt général et tous les actes officiels seront insérés dans Bulletin de l'Association générale des Médecins de France.

C'est là une réforme qui paraît désirable à tous les points de vue et qui ne peut qu'aider au recrutement de nouveaux adhérents et à la diffusion de nos idées.

L'Assemblée générale a également voté un règlement de ses séances, assurant la présence, à ses séances, des seuls délégués ayant le droit d'y participer et réglant les détails

(1) Chiffre donné par R. LEREBoullet dans sa circulaire du 15 déc. 1901.

(2) Le pensionnaire à 300 francs étant arrivé d'autre part au maximum du taux des pensions de la Caisse des retraites pour la vieillesse, l'Association n'a pas à s'en occuper.

assurer la régularité et la sùreté de ce règlement s'immédiation se relie directement à l'émission de notre ancien NGUE.

Il a été soumis par les Sociétés de l'Assemblée générale, la synthèse, les préoccupations, à l'heure actuelle. Je suis sûr que ceux qui me paraissent intéressés de la Mayenne souhaitent l'Association générale et ne s'occupant des œuvres, la seconde s'occupant d'hygiène, appuyée par la loi, au besoin, de l'Asso-

Enfin, dans son rapport, si juridique du mot ne porte, c'est que, ni l'une ne paraissent s'ignorer, qu'au milieu de discussions et d'elles soient à même de se faire.

Il a été vu que le Conseil général des Médecins de France ne combattre ou de prévention médicale et donne son approbation à la loi millimètre des députés.

Il a été question de deux choses : d'une part et, d'autre part, pour les étudiants en médecine, en vue d'établir le lien entre les questions vitales soulevées aux réflexions des confrères.

Il sera rapide.

La commission administrative.

Notre vénéré Président est apporté à notre Association, son dévouement de tous les côtés au Conseil général.

En raison de ses occupations, il n'a pu venir personnellement à notre œuvre, mais les actions de Vice-Président pendant dix ans. Il a été impossible. Qu'il reçoive du moins nos regrets, nos remerciements, nous témoignés vis-à-vis de lui.

Il est tellement inséparable de lui qu'il prodigue depuis si longtemps que nous avons le porter à la Vice-Présidence, le Dr NOUET continue de notre Association et de son expérience et de ses instances.

Le Dr LOOTEN, qui gère nos affaires, a été nommé. Le Dr DERODE nous. Qu'ils reçoivent, l'un et l'autre, nos remerciements.

Il a été décidé les fonctions de Secrétaire personnellement.

MM. SMAGGHE, à Hazebrouck, et TIMAL, à Cambrai, ont accepté les fonctions de délégué. Nous les en remercions avec l'unanimité des électeurs.

Depuis notre Assemblée générale de l'an dernier, nous avons perdu l'un de nos associés, pensionné depuis longtemps déjà. Le Bureau de l'Association a cru répondre aux désirs de tous en lui assurant des funérailles convenables, auxquelles assistaient nombre de nos confrères de Lille et des environs, et en notre nom, MM. OLIVIER, LOOTEN, CARLIER, SURMONT, membres du bureau, nous vous demanderons de bien vouloir approuver les dépenses faites à cette occasion.

Le Comité Central a bien voulu accorder dernièrement une pension de 800 francs à un autre confrère. C'est une joie pour nous tous. Nous avons ainsi trois de nos vieux confrères pensionnés par l'Association.

Enfin, dans le courant de l'année, nous avons accordé, sur notre Caisse, un secours de 300 francs et obtenu de l'Association centrale même somme pour l'un de nos jeunes confrères, ancien interne des hôpitaux de Lille, praticien distingué, estimé de tous ses concitoyens; le Dr C... a été frappé brutalement d'une affection terrible qui, après l'avoir éloigné de longs mois de son domicile, l'a laissé dans l'incapacité de reprendre son travail, situation d'autant plus pénible que notre confrère vivait uniquement de sa profession. Vous approuverez certainement ce que nous avons fait et nous autoriserez à continuer.

Votre président et votre secrétaire-général se sont associés en votre nom à une protestation de nos confrères de l'Yonne, contre les dispositions vexatoires, pour les médecins, du nouveau projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. La lecture de la lettre accompagnant la protestation nous semble de nature à intéresser nos confrères, particulièrement ceux qui sont obligés, par suite de la situation de la localité où ils exercent, de distribuer des médicaments à leurs malades :

« Appoigny (Yonne), mars 1902.

» Très honoré confrère,

» Je ne sais si vous vous êtes rendu compte du nouveau projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.

» La profession médicale, si difficile à la campagne maintenant, ne deviendra plus possible, et l'on verra les médecins émigrer fortement sur les villes, où l'encombrement est déjà si grand.

» Permettez-moi de mettre sous vos yeux les règlements imposés aux médecins pour la première fois, et que je copie dans un article très remarquable du Dr APAY de Saint-Martin d'Aspres.

» 1) Les médecins devront à l'avenir, comme les pharmaciens, posséder un premier registre spécial, sur lequel ils inscriront chaque jour les formules entières des médicaments délivrés, avec le nom et l'adresse des malades.

» 2) Un deuxième registre spécial pour les poisons, sur lequel seront inscrites également les formules et les adresses; Des numéros d'ordre correspondants existeront sur les registres, sur les fioles, sur les paquets, etc....

» 3) Une armoire fermant à clef où seront renfermés les poisons et les substances dangereuses;

» 4) Le Codex, dernière édition, avec les compléments au fur et à mesure de leur publication;

» 5) Un assortiment des médicaments simples et composés jugés utiles par l'Administration, portés sur une liste officielle dressée chaque année, et même plus souvent, si besoin en est;

» 6) Les médecins présenteront chaque année, au jour et à l'heure indiquée sur une affiche officielle, devant le vérificateur des poids et mesures, une balance de préci-

» sion, une balance à grammes, une balance à gros poids,  
 » un mètre, un litre à poinçonnage et les divisions du litre;  
 » 7) Ils recevront, au moins une fois l'an, l'inspection  
 » d'un médecin vérificateur, assisté de deux pharmaciens.  
 » Ils paieront le déplacement de ces fonctionnaires.  
 » 8) Il leur sera interdit de délivrer des médicaments à  
 » des malades situés à 4 ou 6 kilomètres d'une pharmacie.  
 » L'inobservation de chacune de ces prescriptions entraine-  
 » rait la simple police ou la police correctionnelle, les  
 » amendes ou les dommages-intérêts, et même la prison.  
 » Le seul fait de donner par inadvertance ou par igno-  
 » rance un médicament à un malade domicilié dans la  
 » zone réservée aux pharmaciens, mènera en police  
 » correctionnelle, et assurera une amende et des dom-  
 » mages intérêts qui pourront se monter à cinq cents  
 » francs par délit constaté, pour exercice illégal de la  
 » pharmacie. La prison sera applicable en cas de récidive.  
 » Notre Société a décidé à l'unanimité de protester  
 » contre ce projet de loi, et de demander à toutes les  
 » Sociétés locales de France de s'associer à cette protes-  
 » tation.  
 » Je viens donc vous prier de vouloir bien transmettre  
 » à votre société la protestation ci-jointe, et au cas où, ce  
 » dont je suis convaincu, elle se joindrait à nous, je vous  
 » demanderai de nous la retourner signée le plus tôt  
 » possible.  
 » Notre Président les fera parvenir toutes ensemble à la  
 » Société Centrale, qui se chargera de les remettre aux  
 » autorités compétentes.  
 » Agréez, etc... etc...

» Le Secrétaire, signé :  
 » Dr Mocquot. »

On ne peut que s'associer aux justes conclusions de cette lettre.

Parmi nos bienfaiteurs de cette année nous signalerons particulièrement nos confrères DUMONT et NOQUET, de Lille, qui ont perpétué leur cotisation. M. DAUBRESSE fils qui, en mémoire de son père, que nous avons eu la douleur de perdre cette année, et pour perpétuer son nom dans l'Association, nous a légué 200 francs. Le docteur DUMONT, de Mons-en-Barœul, nous a aussi donné 100 francs pour la Caisse des veuves et orphelins. Nous adressons à ces généreux donateurs nos sincères remerciements.

Nous avons, comme chaque année, distribué à des confrères ou à leurs veuves, des secours qui s'élèvent à 4.531 fr. 70. Nous avons trois sociétaires touchant de l'Association générale des pensions ou allocations annuelles de 800 fr. ; deux d'entre eux sont titulaires du legs Beaucourt à 120 fr. C'est vous dire que nous faisons quelque bien, mais certainement beaucoup moins que nous le voudrions et que vous le voudriez tous. Or, le nerf de l'assistance mutuelle, comme de la guerre, est l'argent. Pour avoir beaucoup d'argent, il faut beaucoup de sociétaires ; aussi, si nous enregistrons avec peine sept démissions dans l'année, avons-nous accueilli avec joie les vingt-huit nouveaux sociétaires de l'an dernier. Nous espérons que l'admission des femmes dans notre société sera le point de départ d'une ère de prospérité nouvelle et nous saluons avec une respectueuse espérance les noms de M<sup>mes</sup> OLIVIER et BÉCOUR, les premières inscrites (1).

En terminant, Messieurs, permettez-moi de faire appel à vos sentiments de solidarité professionnelle et de vous prier de vous faire chacun, autour de vous, les propagandistes de l'Assistance et de la Prévoyance mutuelle médicales. Il y a, parmi nos confrères du département, un peu d'indifférence vis-à-vis de ces questions ; on l'a vu lors de l'élection du Président général, où 37,6 pour 100 seulement

de nos adhérents ont pris part au rentisme plus accusé que dans les autres départements, il y a eu 42,8 pour 100 de votants. Dans le département du Nord, 35 sur 670 médecins environ moitié par conséquent. C'est la même situation dans les autres départements, notre association diverses Sociétés le chiffre total ne dépasse pas de beaucoup la moyenne à exercer en France (Rappel l'Assemblée générale d'avril 1901) comme moi, qu'il est regrettable que de nos confrères fasse partie de tous devraient tenir à l'honneur d'être heureux de la vie, par prévoyance et solidarité professionnelle.

Après ce documenté rapport, qu'il a été d'applaudissements, le docteur LOCQUET, Président, a lu un rapport sur la situation financière, et a lu un rapport sur la situation des femmes dans l'Association.

A la suite de quelques observations de RICHARD-LESAY, il a été entendu qu'une participation des femmes dans l'Association en principe, serait étudiée dans une prochaine session dans l'Assemblée générale de

\*\*\* L'Assemblée a ensuite voté des secours qui seront distribués aux orphelins de confrères décédés eux-mêmes.

Notre Association compte en outre des possesseurs de pensions annuelles possesseurs du legs Beaucourt à s'ajouter aux pensions annuelles de 920 francs.

\*\*\* Sur la proposition du docteur OLIVIER composée du promoteur de la section, a été nommée afin d'exprimer à notre vénéré Président l'estime et l'affection de tous ses confrères, la manifestation se fera tant à l'occasion du doctorat en médecine.

\*\*\* Il a été décidé que l'Assemblée prochaine à Cambrai, conformément

\*\*\* Un banquet réunissait dans les salons de l'Hôtel du Sauveur

La plus franche cordialité a prévalu, et un orage imprévu et un banquet, et ayant empêché les convives ont eu le plaisir d'entretenir qui leur ont rappelé les années d'

(1) D'après l'annuaire ROSENWALD pour 1901, 376 docteurs et 94 officiers de santé.

(1) M<sup>mes</sup> LOOTEN, OUI et SURMONT, ont suivi ce généreux exemple.



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; Barrois, professeur de parasitologie ; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; Carlier, professeur de pathologie externe ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé ; Guérin, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Kéraval, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; Looten, médecin des hôpitaux ; Manouvriez (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; Surmont, professeur de pathologie interne et expérimentale ; Verdun, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

## SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Les lipomes intra-musculaires, par MM. L. Dubar, professeur de clinique chirurgicale et G. Potel, assistant de médecine. — L'Adrénaline, par Henri Lagache, externe à la clinique laryngologique de l'hôpital Saint-Sauveur. — Sur un cas de polype placentaire, par MM. le docteur Oui et A. Gonthier de la Roche, interne. — VARIÉTÉS ET ANECDOTES. — MOTS DE LA FIN. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité

## Les lipomes intra-musculaires

par MM.

L. Dubar

et

G. Potel

Professeur de clinique chirurgicale

Assistant de clinique

Les lipomes si fréquents au niveau du tissu cellulaire sous-cutané se développent très rarement à l'intérieur des muscles. Pendant longtemps même, on a considéré cette localisation comme impossible. DESPRÈS, en 1866, dans sa thèse d'agrégation (1), disait : « sauf deux cas de lipomes de la langue, il n'y a jamais eu de lipome dans la gaine d'un muscle. »

Cependant, à peine deux ans plus tard, DESPRÈS, lui-même, dans son traité du Diagnostic des tumeurs (2), était obligé de revenir sur sa proposition et de

dire : « On connaît des tumeurs graisseuses et fibreuses des muscles, sans compter l'hypertrophie graisseuse avec atrophie de ces organes ».

Le lipome de la langue était bien connu depuis la thèse de MAISONNEUVE (1), mais les lipomes des muscles de la vie de relation étaient assez rares pour que FARABEUF (2), en 1875, pût dire que la pièce qu'il avait recueillie à l'École pratique était peut-être unique.

Pourtant PAGET (3), en 1853, avait déjà mentionné un cas de lipome développé dans l'épaisseur du muscle trapèze.

Le premier travail d'ensemble date de 1886, avec la thèse de RIBET (4). Mais cet auteur englobe dans une même description toutes les tumeurs lipomateuses des muscles, y compris celles de la langue et du cœur. Depuis lors d'assez nombreuses observations (une vingtaine environ) ont été publiées, particulièrement dans les bulletins de la Société anatomique (5).

MALENÇON (6) a réuni dix cas dans sa thèse inaugurale. Nous-mêmes avons pu observer récemment un

(1) MAISONNEUVE. — Des tumeurs de la langue. Th. de concours, 1848.

(2) FARABEUF. — Lipome intra-musculaire. *Bull. Soc. Anat.*, Paris 1876, p. 100.

(3) PAGET. — Lect. of surgical Path. 1853. II, p. 98.

(4) RIBET. — Des lipomes intra-musculaires. Th. Paris, 1886.

(5) PITRES. *Bull. de la Soc. Anat.*, Paris 1875, p. 521.

RMY. — — — — 1876, — 136.

MONOD. — — — — 1876, — 505.

FÉRÉ. — — — — 1881, — 329.

HARTMANN. — — — — 1887, — 728.

LYOT et GAUTIER. — — — — 1887, — 835.

CALOT. — — — — 1888, — 934.

MORESTIN. — — — — 1897, — 939.

(6) MALENÇON. — Contribution à l'étude des lipomes intra-musculaires des muscles de la vie de relation. Th. Paris, 1895. n° 245.

(1) DESPRÈS. — Des tumeurs des muscles. Th. agrégation, Paris, 1866, p. 70.

(2) DESPRÈS. — Du diagnostic des tumeurs. Paris, 1868, p. 104.



is dans le grand pectoral de ce cas, refaire une ore si rares.

hors de notre étude une s :

gue, qui constituent à i tout-à-fait spéciale et

ophiques, les dégénères- les, affections qui relè- : la chirurgie

usculaires, qu'ils péné- ondaire dans l'épaisseur

donc que des lipomes as l'épaisseur du muscle,

ation personnelle :

reçut, il y a deux ans, tectoral gauche. Un mois mmence à souffrir et à s la partie inférieure du

nt donné, s'étendirent à é époque, la malade eut nain gauche.

ait assez nettement la assez durs, légèrement

glions restèrent station- mps. Mais il y a deux ie la tumeur faisait des alors qu'elle vient nous

présence d'une tumeur oule, dans la paroi anté- fleurant le bord inférieur sse, allongée dans l'axe ensible à la pression. Il és, dont un particulière- aroi interne de l'aisselle r le muscle pectoral, on ne peut être séparée du ssu cellulaire sous cutané ompte s'il existe ou non

ormal et indépendant de it difficile. On songea, en ient intra-musculaire de yphilitique. Bien que la lent, ni aucun signe de

syphilis, on la mit au traitement. Iodure emplâtre de Vigo au niveau du pecto diminuer, la tumeur augmenta de pré pendant les 15 jours du traitement. De p tre détermina un tel érythème, avec des sons si pénibles, qu'on dut l'enlever ra diagnostic de gomme paraissait donc rejeté.

L'augmentation rapide de volume de tion fit pencher vers l'idée d'un sarco vention fut proposée et acceptée.

Anesthésie chloroformique, Incision d sur une étendue de 12 centimètres, le l externe du grand pectoral gauche, on : muscle dont les fibres sont soulevées et t tumeur.

L'incision du muscle fait voir que la tumeur est entièrement formée d'un lipome encapsulé, couché dans l'épaisseur du muscle. La décortication fut facile. Le pédicule est dirigé en haut vers l'insertion humé- rale. Le lipome enlevé, comme les ganglions axillaires étaient douloureux, on ouvre le creux axillaire et on extirpe les ganglions. L'un d'eux a le volume d'une grosse amande. Suture et drainage.

Les suites opératoires furent des plus simples. La plaie se réunit par première intention. La malade était guérie complètement quinze jours après l'inter- vention.

La tumeur enlevée est grosse comme un œuf de poule, mais elle est un peu aplatie et allongée. Son grand axe était situé dans l'axe des fibres du pectoral. Elle est constituée par du lipome pur.

*Fréquence.* — Les lipomes développés dans l'épais- seur des muscles sont rares. Malgré les recherches assez longues que nous avons faites nous n'avons guère pu rassembler plus d'une vingtaine de cas pro- bants. Cette rareté mérite d'être mise en regard de l'extrême fréquence des lipomes du tissu cellulaire sous-cutané.

*Etiologie.* — Peut-on attribuer une cause à la pro- duction des lipomes intramusculaires ?

Nous croyons, qu'en présence d'un petit nombre d'observations publiées, il faut se montrer très sobre d'hypothèses. On risque d'échafauder à grand peine des théories que la clinique détruira demain.

MALENCON a essayé à la suite de RIBET, de se « lancer un peu, suivant les termes mêmes de RIBET, dans la voie des hypothèses. » Qu'en est-il résulté ?

Au point de vue de l'âge, MALENCON considère la lipomatose intra-musculaire comme « une affection d'un âge déjà avancé. C'est entre 40 et 60 ans, qu'on peut placer le maximum des lipomes des muscles. »

D'où hypothèse sur le ralentissement de la nutri- tion... le locus minoris resistentiæ... CHRISTOT a observé un lipome chez une jeune fille de dix-huit

is. 1874. — MALON, Paris, 1881. JOURT, Paris, 1896, N° 543.

aire Lipome. — Th. WURZBURG,

ans, MORESTIN, un cas plus curieux de lipome congénital.

Mêmes remarques à propos du *sexe*. MALENÇON reproduit la statistique de RIBET (qui, nous le rappelons, contient des faits de lipome de la langue, du cœur, etc.), qui, sur neuf faits, trouve six cas chez l'homme et trois chez la femme. Donc, l'affection est deux fois plus commune chez l'homme que chez la femme. Cette prédilection pour le sexe fort est probablement due aux fatigues, aux travaux pénibles, etc.

Or, si nous reprenons les faits, nous voyons que sur douze cas où le sexe est indiqué, on trouve quatre cas chez l'homme et huit chez la femme. La proportion se trouve donc renversée.

Nous croyons donc qu'il ne faut pas attribuer à ces prétendues causes plus d'importance qu'il ne convient.

Peut-être le traumatisme joue-t-il un rôle plus important. Nous l'avons vu noter dans plusieurs cas, notre malade était très explicite à ce sujet. TEDENAT a observé le cas d'un bateleur qui laissait d'une façon habituelle tomber des poids sur son biceps. Il eut en même temps production d'un lipome intra-musculaire et hernie du muscle.

La malade de CHAVANNAZ vit son lipome apparaître au niveau du tenseur du fascia-lata, après une série de traumatismes sur la hanche droite.

*Siège.* — Tous les muscles de la vie de relation peuvent être le *siège* des lipomes.

Voici les différents sièges que nous avons relevés dans les observations que nous avons pu réunir :

Trapèze (PAGET), grand dorsal (MALENÇON), sous-épineux (LEJARS), grand pectoral (HARTMANN, DUBAR et POTEL), biceps (CALOT, REMY, TEDENAT) éminence thénar (PITRES), vaste externe, (JALAGUIER, CHRISTOT), tenseur du fascia-lata (CHAVANNAZ), grand adducteur LYOT; vaste interne (MONOD), droit antérieur de la cuisse (LYOT et GAUTIER, FÉRÉ), semi-tendineux (WEAVER), couturier (FARABEUF), jumeau interne (MORESTIN).

Les *symptômes* par lesquels se manifeste la présence du lipome sont, au moins au début, très rudimentaires. Souvent, ces lipomes ont été des trouvailles d'autopsies (FARABEUF, CALOT, LEJARS, HARTMANN) ou bien on les a pour ainsi dire découverts chez un malade entré à l'hôpital pour une toute autre affection (REMY). Le plus souvent le malade ne s'aperçoit de la présence d'une tumeur que lorsqu'elle a déjà acquis un volume considérable et il faut accorder peu de créance

quand une malade, comme celle de JALAGUIER, vient affirmer que la tumeur, grosse comme le poing, n'existait pas quinze jours auparavant. Le lipome peut rester inaperçu pendant très longtemps et augmenter rapidement de volume, sous l'influence d'un traumatisme, par exemple.

Nous avons vu dans notre clinique, à l'hôpital de la Charité, un homme porteur d'un lipome du dos. Ce lipome avait tenté un cheval, qui y avait mordu à belles dents. La tumeur augmenta si rapidement de volume qu'elle acquit la grosseur d'une tête d'adulte en l'espace de trois semaines.

Les lipomes intramusculaires sont généralement très peu douloureux. Ils constituent plus une gêne qu'une douleur, les mouvements sont pénibles si la tumeur est très volumineuse.

Les *symptômes physiques* se bornent le plus souvent à la constatation d'une tumeur, grosse comme une orange, située dans l'épaisseur d'un muscle, mobile transversalement au muscle pendant le repos, fixe pendant la contraction musculaire.

Quant aux autres signes habituels des lipomes, lobulation, fausse fluctuation, crépitation des lipofibromes, mobilité sur les parties profondes, etc., il est bien rare qu'on puisse les percevoir. Il ne faut pas oublier que ces lipomes sont situés souvent profondément, bridés en avant par une bande musculaire, ou tout au moins par l'aponévrose du muscle qui masque tous les signes que nous venons d'énumérer.

Il est donc facile de comprendre à priori pourquoi le *diagnostic* est si difficile et a été fait si rarement, mais cette difficulté augmente bien plus, si l'on prend la peine de lire toutes les observations publiées jusqu'ici.

Il semble vraiment que les lipomes se présentent souvent comme de véritables énigmes à déchiffrer, et avec des commémoratifs tels que l'erreur est presque impossible à éviter.

Il n'est pas jusqu'aux auteurs qui ont observé des lipomes à l'Ecole pratique qui n'aient insisté sur ce point.

HARTMANN trouve un lipome développé dans le pectoral, sous la mamelle. L'autre sein présentait un cancer squirrheux avec dégénérescence des ganglions axillaires correspondants. Il eut été naturel ici de songer à un noyau carcinomateux secondaire.

Le sujet observé par LEJARS, outre son lipome du muscle sous-épineux, « portait un ancien mal de Pott



Toutefois son emploi n'était pas sans inconvénient. Sur les muqueuses il provoquait une sensation de brûlure, de picotements assez désagréables. De plus, son efficacité inconstante en avait fait rejeter l'emploi par d'assez nombreux chirurgiens qui, comme MOURE et BRINDEL, n'obtenaient pas avec lui cette vaso-constriction énergique que d'autres auteurs observaient.

Aussi, depuis 1897, les chimistes les plus éminents ont-ils cherché à isoler le principe actif vaso-constricteur de l'extrait de glande surrénale.

En 1897, le professeur ABEL, de John Hopkins University, prétendit l'avoir trouvé dans une substance qu'il appela l'épinéphrine.

En février 1900, FÜRTH, de Strasbourg, démontra l'impureté de l'épinéphrine et annonça avoir découvert le principe actif des glandes surrénales qu'il nomma *suprarénine*. Continuant ses recherches, ABEL, en mars 1901, démontra que la suprarénine n'était qu'une modification de son épinéphrine. Sur ces entrefaites, JOKICHI TAKAMINE, de New-York, et en même temps que lui, ALDRICH parvinrent à isoler des glandes surrénales leur véritable principe qui fut nommé *Adrénaline*.

Elle fut expérimentée aussitôt par le chirurgien EMILE MAYER (1), de New-York, qui, le 27 mars 1901, à la section de laryngologie de l'Académie de médecine de New-York, fit une communication sur les résultats qu'il en avait obtenus dans la pratique otologique et laryngologique. Il fit un vif éloge de son action vaso-constrictive et décongestionnante.

En juillet 1901, NORTHON WILSON (2), dans *The Laryngoscope* se montre aussi très enthousiaste des résultats qu'il a obtenus avec l'adrénaline dans les affections nasales, buccales, laryngées et auriculaires.

L'adrénaline fut introduite en France par le docteur DE ROALDÈS, de la Nouvelle-Orléans, qui en envoya un échantillon à MOURE et à BRINDEL, de Bordeaux. Ces derniers, après l'avoir essayée sur une quarantaine de leurs malades, firent, le 29 novembre 1901, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (3), une communication sur les merveilleux effets que l'adrénaline avait donnés entre leurs mains. Beaucoup d'autres chirurgiens encore l'ont employée : STUCKY (Lexington), PASMORE BERENS, HOLBROOK, CURTIS, DENCH, MIAL, LEDERMAN, MILLS (de New-York) ; OTTO STEIN (de

Chicago), TALBOT CHAMBERS (de Jersey City), WATER JOHNSON (de Paterson), MAX GOLDSTEIN, (de Saint-Louis), WARD et FLETCHER INGALS ; en France, GALEZOWSKI, GRANDCLÉMENT, LERMOYEZ, VACHER, GAUDIER, etc.

Tous ces auteurs sont unanimes à reconnaître l'action vaso-constrictive remarquable de l'adrénaline et à recommander son emploi comme hémostatique et décongestionnant.

Toutefois, au dernier Congrès de Laryngologie (mai 1902) où, à propos d'une communication de VACHER (d'Orléans), la question de l'adrénaline fut soulevée, quelques réserves ont été faites et, de plusieurs côtés, des hémorragies secondaires furent signalées à la suite de son emploi.

**Sa constitution chimique.** — Paul LEMAIRE (1) donne un excellent résumé de la constitution chimique de l'adrénaline. C'est, dit-il, une substance cristalline dont la formule serait, d'après TAKAMINE,  $C^{10}H^{13}Azo^7$  et, d'après ALDRICH qui la découvrit presque en même temps,  $C^9H^{12}Azo^7$ . De couleur grise blanchâtre elle serait plus soluble dans l'eau à chaud qu'à froid ; ses solutions aqueuses brunissent sous l'action de l'air et de la chaleur en laissant déposer des aiguilles de couleur noirâtre. Cependant la stérilisation par l'ébullition de ces solutions ne leur ferait rien perdre de leur activité physiologique (NORTHON WILSON).

L'adrénaline est facilement soluble dans les alcalis, excepté dans l'ammoniaque et, grâce à sa faible fonction basique, elle donne des sels avec les acides. Avec le perchlorure de fer elle donne une coloration vert émeraude ; avec l'iode et l'ammoniaque, une coloration rose. Réductrice énergique des sels d'or et d'argent, elle ne donnerait aucun précipité avec l'iodure mercuricopolassique, le bichlorure de mercure, le chlorure de platine, ni avec les acides : picrique, tannique, phosphomolybdique, phosphotungstique, qui sont les réactifs généraux des alcaloïdes.

L'adrénaline est un produit très stable. Les températures inférieures à 150° ne la décomposent pas : propriété précieuse pour un médicament susceptible d'être employé au cours d'interventions chirurgicales réclamant une asepsie absolue puisqu'elle permet au chirurgien de stériliser la solution chaque fois qu'il en a besoin.

L'adrénaline se présente dans le commerce sous deux formes : 1° en *pastilles* ou *tablettes* de tartrate

(1) *Philadelphie medical Journal*, 27 avril 1901.

(2) *The Laryngoscope*, juillet 1901.

(3) *Revue d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngologie*, 28 déc. 1901.

(1) PAUL LEMAIRE. — *Gazette hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 18 mai 1902.



On peut se rendre compte du pouvoir décongestionnant de l'adrénaline de la façon suivante : si avec un tampon monté sur un stylet, on fait une application au 1/1000 sur une muqueuse nasale hypertrophiée, on voit celle-ci pâlir et se rétracter ; les cornets diminuent de volume ; et ce nez où l'on ne pouvait tout-à-l'heure introduire un spéculum devient perméable et il est possible d'examiner directement le naso-pharynx par les fosses nasales.

LERMOYEZ (1) utilise cette propriété pour faire par la rhinoscopie antérieure, le diagnostic de végétations adénoïdes chez les jeunes enfants.

Il résulte de cette action que dans le coryza, la fièvre des foins, la rhinite vaso-motrice, l'application d'adrénaline sur la muqueuse nasale produit un soulagement momentané très appréciable : la rétraction des cornets permet à l'air de circuler dans les cavités nasales, la respiration se fait librement, l'enchifrènement disparaît, l'hypersécrétion se tarit. Mais on a observé souvent après quelques heures un écoulement plus marqué qu'auparavant (MAHU-MOURE), LERMOYEZ (*Rev. de Laryngologie*, 31 mai 1902) dit que « la période de libération et de siccité obtenue par l'emploi de l'adrénaline est suivie d'une phase hydrorrhéique qui dépasse en intensité les phénomènes observés avant l'application du médicament ». VACHER (d'Orléans) conseille cependant de renouveler les applications : d'après cet auteur les rhinorrhées secondaires diminueraient peu à peu d'intensité et finiraient par disparaître.

Chez une malade du professeur GAUDIER, atteinte de *rhume des foins*, chaque application était suivie d'un soulagement d'une heure en moyenne, mais passé ce temps, la *crise hydrorrhéique* était terrible, accompagnée de violentes douleurs sinusiales.

NORTHON WILSON, MAX GOLDSTEIN, rapportent avoir obtenu de bons résultats de pulvérisations d'adrénaline, dans les cas de laryngite aiguë : en peu de temps les cordes vocales se décongestionneraient et la voix reviendrait. Dans les angines, les pharyngites, les abcès péri-amygdaliens, l'application d'adrénaline ferait diminuer les douleurs et rendrait possible la déglutition (MOURE et BRINDEL). Enfin, BERENS dit avoir soulagé considérablement des malades atteints d'otite moyenne en leur injectant dans la trompe trois à cinq gouttes d'adrénaline ; la muqueuse qui, congestionnée et enflammée, obstruait la trompe, se rétracte

et permet l'écoulement des liquides retenus dans la caisse.

Comme on le voit, ces résultats obtenus à l'aide de l'adrénaline sont appréciables, mais différent-ils sensiblement de ceux qu'on obtiendrait avec la cocaïne dans les mêmes cas ?

Comme hémostatique, dans les hémorragies des muqueuses et dans certaines interventions chirurgicales, sans conteste l'adrénaline fait merveille. Les épistaxis de faible importance sont arrêtées instantanément par l'atouchement du point saignant avec un tampon d'ouate imbibé de la solution au 1/1000. Dans les interventions sur la muqueuse du nez, du larynx et de l'oreille moyenne une application préalable d'adrénaline à 1/1000 permet d'opérer pour ainsi dire à blanc ; l'on peut presque sans écoulement de sang gratter des lupus de la pituitaire, redresser des cloisons, en réséquer des éperons, extirper des polypes du larynx, curetter des bourgeons de l'oreille. Nous avons essayé d'employer l'adrénaline dans le *curettage des végétations adénoïdes* ; elle n'a pas donné le résultat qu'on en attendait, le sang a été chaque fois aussi abondant que si elle n'avait pas été employée ; nous sommes d'ailleurs arrivés à cette notion que l'adrénaline n'agissait vraiment comme hémostatique merveilleux que dans les interventions chirurgicales portant sur une petite étendue, et surtout sur une faible profondeur de tissus, sur une lésion bien localisée (cornets, bourgeons, polypes), en un mot sur une région dépendant d'un domaine vasculaire assez circonscrit et superficiel.

L'association de l'adrénaline et de la cocaïne semble favoriser le pouvoir anesthésique de ce dernier médicament, surtout dans les régions enflammées où il n'agit pas d'ordinaire ; les redressements de la cloison nasale, les bourgeons s'opèrent sans douleur si l'on fait après un badigeonnage à l'adrénaline une application de cocaïne.

Malheureusement, quand on emploie l'adrénaline, comme hémostatique, il faut toujours craindre les *hémorragies secondaires* en vertu de cette loi physiologique inéluctable « plus une vaso-constriction a été prononcée, plus la vaso-dilatation qui la suit est intense et durable. » C'est pourquoi, si dans les épistaxis, l'adrénaline peut être employée comme médicament d'urgence il faut néanmoins cautériser le point saignant et tamponner, faute de quoi, quelques heures après, presque certainement, le sang recoulera de plus belle.

(1) Société belge d'otologie, 1<sup>er</sup> Juin 1902.



certaines points des préparations, on a trouvé une couche nette de cellules déciduales.

Nous nous sommes donc trouvés en face d'un placenta qui, au cours de sa longue rétention dans l'utérus, a subi les modifications décrites par HARTMANN et TOUPET (1) sous le nom de placenta scléreux.

Un premier fait intéressant dans cette observation, c'est la longue durée de la rétention placentaire. Cette femme, en effet, a avorté le 21 janvier et ce n'est que le 19 mai, quatre mois après l'avortement, que le dernier fragment placentaire a pu être extrait. On a cité des cas où la rétention a été de plus longue durée. Tels les cas de CHALLIER (2), dans lequel le placenta fut retenu quatorze mois, celui de DUGUET (3) où la rétention dura sept mois, ceux de GORET (4) (quatre mois et demi), d'EBSTEIN (5) (quatre mois et demi) et un certain nombre d'autres observations qu'il serait trop long d'énumérer ici.

Les hémorragies répétées le suintement sanguin quasi permanent que nous avons noté, se retrouvent dans presque toutes ces observations. Elles ont pu, dans certains cas, alors qu'on méconnaissait la rétention placentaire, faire croire soit à un cancer utérin (DUGUET), soit, plus souvent, à une endométrite hémorragique.

Dans l'observation que nous venons de rapporter, le doute n'était guère possible. Les renseignements fournis par le médecin et par la malade faisaient suffisamment soupçonner une rétention placentaire. Le volume anormal de l'utérus et les constatations faites par le toucher utérin apportaient à ce diagnostic une confirmation absolue. Le toucher utérin est, en effet, dans les cas où il y a doute sur la cause de métrorragies persistantes après un avortement, le seul moyen de lever tous les doutes et d'affirmer un diagnostic.

En ce qui concerne l'intervention, nous croyons avec presque tous les accoucheurs et gynécologues que le curage digital est la méthode à la fois la plus simple, la plus efficace et la plus sûre. Tout en évitant les risques de perforation que comporte l'emploi de la curette, le doigt permet de se rendre mieux compte du travail accompli et d'explorer plus complètement la cavité utérine.

La seule difficulté qui vient parfois entraver le curage digital, c'est le défaut de perméabilité du col. Mais, sauf dans les cas absolument pressants, on peut recourir à des procédés de dilatation lente qui assouplissent mieux le tissu utérin que les instruments destinés à la dilatation rapide et qui rendent l'intervention plus facile.

Le tamponnement intra-utérin nous a, dans ce cas, rendu un réel service.

(1) *Annales de Gynécologie*, 1893, T. 43, p. 285.

(2) Challier, Th. Paris, 1866.

(3) In Varnier, *Rev. pratique d'Obst. et de Pédial.*, 1893, p. 101.

(4) Goret, Thèse Paris, 1894.

(5) Ebstein, Thèse Paris, 1872.

Dans un cas urgent, nous n'hésiterions à être fait par FAGUET (1), à appliquer à polype placentaire la section bi-latérale mandée ces temps derniers par SEGOND ment la cavité utérine dans l'énucléation fibreuse sous-muqueuse.

## VARIÉTÉS & ANEC

### Un mode de fécondation peu connu par un arrêt du Parlement de 13 février 1537.

« Vu les pièces prouvant qu'il y a plus  
» le dit seigneur d'Aiguemère n'a connu ch  
» dame d'Auvermont ; vu les défenses de  
» rant que, bien qu'elle n'ait pas connu  
» mari, s'étant imaginé en songe la person  
» dudit sieur d'Aiguemère, elle reçut les me  
» conception et de grossesse qu'elle eût  
» présence, affirmant, depuis l'absence de  
» les quatre ans, n'avoir eu aucune comp  
» avoir pourtant conçu et enfanté le dit Em  
» croit être advenu par la force de son  
» déposition des dames d'Albriche, de Po  
» etc., affirmant que tel accident peut arri  
» qu'à elles-mêmes telles choses leur sont a  
» ont conçu des enfants dont elles ont he  
» ché, lesquels provenaient de certa  
» imaginaires avec leurs maris absents et  
» copulation ; vu l'attestation des sages-fe  
» cins ; la Cour ordonne que le dit Emm  
» déclaré fils légitime et vrai héritier du dit  
» mère et condamne les demandeurs à teni  
» mont pour femme de bien et d'honneur. »

(Scie

### Traitement de la goutte

Un traitement de la goutte qui n'est pas à monde.

Il a été recommandé par le professeur Liotingue, à un de ses amis, il y a plus d'un si

« Procure toi le mouchoir d'une vierge  
jamais pensé au mariage. Lave-le dans l  
d'une meunerie qui n'ait jamais plâtré sa farine  
sur la haie qui entoure le jardin d'un juif sans  
avec de l'encre prise sur le bureau d'un a  
plaider une mauvaise cause. Et confie-le à un  
jamais tué un de ses malades. Que celui-ci  
goutteux qui te fait souffrir, et tu seras gué

## MOTS DE LA J

Le Docteur X... s'est converti au spiritisme  
temps à évoquer des défunts.

— Quoi d'étonnant, dit un de ses confrères  
d'aimer à cause de sa clientèle.

(M

(1) In OUR Contribution à l'étude du curetage et applications de la rétention placentaire post-abortive, 1893, T. 43, p. 159.



## ICATIONS

ait connaître le  
ivrera.

ances. — *Tumeurs*

le 600. — *Etude*  
*l'ergot de seigle.*  
ir de 500 francs,  
dire adressé à la  
cessoires. — Les  
; en pharmacie,  
dont deux au

suivant :  
10 francs. — *Mal-*  
*urinaires et de*

çais, sont seuls  
ssés franco à M.  
Société (Hôtel  
ant le 1<sup>er</sup> janvier  
décerné, terme  
e épigraphe ou  
cachetée conte-  
ont les auteurs  
indirectement,  
résentés à une  
concourir.

comme siège du  
de Climatologie  
nelle au milieu  
s stations ther-  
Motte, Marlioz,  
ès de Grenoble  
urces d'études  
le temps qu'ils  
connue pour la

02. Les Compa-  
voulu accorder  
prix de 50 0/0.  
posé de : MM.  
UDET ; FREDET ;  
C-LAGRANGE. Le  
posé de : MM.  
néral ; KILIAN ;

d'adhésion, de  
à M. le docteur

Fernand BERLIOZ, Secrétaire général, à l'Ecole de Médecine de Grenoble (Isère, France).

Le prix de la cotisation est de 20 francs ; les membres souscripteurs recevront gratuitement les rapports et comptes rendus du Congrès.

Les membres du Congrès qui désirent faire des communications sont priés d'en faire connaître le titre, au Secrétaire général, avant le 1<sup>er</sup> août 1902.

Les membres qui désireront profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par les Compagnies de chemins de fer devront envoyer leur cotisation avant le 10 septembre, dernier terme de rigueur.

Les femmes des Congressistes auront droit à la réduction en payant la cotisation de Membre honoraire qui est de 10 francs.

Le programme porte sur : A. — *Hydrologie scientifique* : 1. Des procédés pratiques d'analyse microbiologique applicables aux eaux minérales ; des conséquences à en tirer au point de vue de l'exploitation, par M. BORDAS ; 2. De l'importance de l'analyse chimique des eaux minérales, complète, au point de vue des matières minérales et organiques pour éclairer la médecine thermique, par M. GARRIGOU ; 3. Quelles doivent être les mesures à prendre pour sauvegarder l'exploitation des eaux thermales et minérales par MM. BOULOUX et DESBLEUMORTIERS. — B. — *Hydrologie clinique* : 4. Du traitement hydro-minéral de la phthisie pulmonaire, par MM. LEUDET et SCHLEUMMER ; 5. Du traitement hydro-minéral comparatif des maladies de la peau, par MM. VEYRIÈRES et LEREDDE ; 6. Du traitement hydro-minéral des maladies de l'estomac, par MM. Albert ROBIN et Félix BERNARD ; 7. De l'action préventive des cures hydro-minérales chez l'enfant dans les états constitutionnels, par MM. CARRON DE LA CARRIÈRE, RAY et DURAND-FARDEL. — C. *Climatologie* : 8. Variation des échanges respiratoires sous l'influence de l'altitude, de la chaleur et du froid, par MM. Albert ROBIN et Maurice BINET.

## UNIVERSITÉ DE LILLE

### Récompenses accordées aux vaccinateurs pour l'année 1901

Nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos lecteurs la liste des récompenses décernées par le Comité central de Vaccine, dans sa séance du 2 juillet dernier.

#### Médaille d'or

M<sup>me</sup> ROUSSEL-NEPPER, sage-femme, à Douai.

#### Médailles de vermeil (1<sup>re</sup> classe)

Arrondissement d'Avrès. — M<sup>me</sup> MATHIEU, sage-femme, à Hautmont.

Arrondissement de Cambrai. — M<sup>me</sup> MARLIÈRE, sage-femme, à Cambrai.

Arrondissement de Douai. — M. HOURIEZ, docteur, à Lallaing.

*Arrondissement de Dunkerque.* — M. REUMAUX, docteur, à Dunkerque.

*Arrondissement d'Hazebrouck.* — M. SMAGGHE, docteur, à Hazebrouck.

*Arrondissement de Valenciennes.* — M. TANCHON, docteur, à Valenciennes.

*Arrondissement de Lille.* — M<sup>me</sup> MARTIN, sage-femme, à Halluin; M. VINCENT, officier de santé, à Monvaux; M<sup>me</sup> MARTIN, sage-femme, à Lille; M<sup>me</sup> DESPLANQUE, sage-femme, à Tourcoing.

Médailles de vermeil (2<sup>e</sup> classe)

*Arrondissement d'Avesnes.* — M<sup>me</sup> CAMON, sage-femme, à Maubeuge.

*Arrondissement de Cambrai.* — M. TISON, officier de santé, à Avesnes-lez-Aubert.

*Arrondissement de Douai.* — M. WARTEL, officier de santé, à Nomain.

*Arrondissement de Dunkerque.* — M. TANCHE, officier de santé, à Armbouts-Cappel.

*Arrondissement d'Hazebrouck.* — M<sup>me</sup> SMAGGE, sage-femme, à Bailleul.

*Arrondissement de Valenciennes.* — M. VALLÉE, docteur, à Anzin.

*Arrondissement de Lille.* — M<sup>lle</sup> DUJARDIN, sage-femme, à Armentières; M<sup>me</sup> DELAHOUSSE, sage-femme, à Tourcoing.

Médailles d'argent (1<sup>re</sup> classe)

*Arrondissement d'Avesnes.* — M<sup>me</sup> FOUCART, sage-femme, à Maubeuge; M<sup>me</sup> LEROY, sage-femme, à Fourmies; M. LACOCQ, docteur, à Villers sire-Nicole.

*Arrondissement de Cambrai.* — M. PLUVINAGE, officier de santé, à Marcoing; M<sup>me</sup> MONFROY, sage-femme, à Le Cateau; M<sup>lle</sup> WATREMEZ, sage-femme, à Le Cateau.

*Arrondissement de Douai.* — M. PLET, docteur, à Dechy; M. POLLET, docteur, à Douai; M. LÉGRAIN, officier de santé, à Raimbeaucourt.

*Arrondissement de Dunkerque.* — M. WEMAERE, docteur, à Wormhoudt; M. DURLAU, docteur à Dunkerque; M. RICKEYNCK, officier de santé, à Rosendaël; M. RUYSSSEN, docteur à Dunkerque.

*Arrondissement d'Hazebrouck.* — M. BRUNET, docteur, à Steenberque.

*Arrondissement de Valenciennes.* — M<sup>me</sup> POULLE, sage-femme, à Denain; M<sup>me</sup> LEFEBVRE, sage-femme, à Mortagne; M. HOUZÉ, docteur à Douchy.

*Arrondissement de Lille.* — M<sup>me</sup> NONBALEZ, sage-femme, à Lille; M. DESMONS, docteur, à Ronchin; M. DESCARPENTRIES, officier de santé, à Pérenchies; M. BRASSARD, interne des hôpitaux; M<sup>me</sup> BEULENS, sage-femme, à Roubaix; M<sup>me</sup> PLANQUE, sage-femme à Armentières; M. WARTEL, docteur, à Lys-les-Lannoy; M. DEROUBAIX, docteur à Fretin; M. DECLERCQ, docteur à Lille; M. PARMENTIER, docteur, à Lannoy; M. CHUFFART, docteur à Marquette; M<sup>me</sup> TACK, sage-femme, à Lille.

Médailles d'argent (2<sup>e</sup> classe)

*Arrondissement d'Avesnes.* — M. LEBLANC, docteur, à Cartignies; M<sup>me</sup> GUYOT, sage femme, à Fourmies; M. SUTTER, docteur, à Glageon; M<sup>me</sup> GONTIER, sage-femme, à Trélon; M<sup>me</sup> DURANT, sage-femme, à Foix.

*Arrondissement de Cambrai.* — M. RERNARD, docteur, à Viesly; M<sup>me</sup> GOUBET, sage-femme, à Iwuy; M<sup>me</sup> CATHERINE,

sage-femme, à Caudry; M. lez-Aubert; M. DEWINGLE.

*Arrondissement de Douai.* — M. HÉRIN, docteur

*Arrondissement de Dunkerque.* — M. NEVEJAN, docteur, à Dunkerque; M. LOON-PLAGE, M. SANSSEN VANHERSECKE, docteur, à I

*Arrondissement d'Hazebrouck.* — M. BOESCHÈPE.

*Arrondissement de Valenciennes.* — M<sup>me</sup> GA M<sup>me</sup> FLÉRECO, sage-femme à Lourches; M<sup>me</sup> HOL M. VIENNE, docteur à Bou

*Arrondissement de Lille.* — M. HENNART, docteur, à N sage-femme, à Lille; M<sup>me</sup> M<sup>me</sup> DUBREUQUE, sage-fem sage-femme, à Wasqueha M<sup>me</sup> DENAL, sage-femme, à à Houplines; M<sup>me</sup> MAES M<sup>me</sup> GREMER, sage-femm Haubourdin; M<sup>me</sup> GALLET BENT, sage-femme, à Lille Lille; M<sup>me</sup> Lecomte, sa docteur, à Lomme; M. DA Calais) (1); M. DETROY, of NEL, docteur, à Bondue Haubourdin.

Médail

*Arrondissement d'Avesnes.* — M. MOUTON, sage-femme à Fourmies; Poteries; M. DELTOUR, M<sup>me</sup> SORLIN, sage-femme,

*Arrondissement de Cambrai.* — M<sup>me</sup> L. M<sup>me</sup> MORIAUX, sage-femm sage-femme, à Avesnes-femme, à Iwuy.

*Arrondissement de Douai.* — M<sup>lle</sup> Noble; M. LADEN, docte officier de santé, à Pecqu Waziers; M<sup>me</sup> DEPREUX,

*Arrondissement de Dunkerque.* — M<sup>me</sup> femme, à Saint-Pol; M<sup>me</sup> Fort Philippe; M. BREV M<sup>me</sup> COUSIN, docteur, à C

*Arrondissement d'Hazebrouck.* — M. POTIÉ, doc docteur, à Cassel.

*Arrondissement de Valenciennes.* — M<sup>me</sup> femme, à Lourches; M<sup>me</sup> Saulve; M<sup>me</sup> BOUILLON, M. DECHERF, docteur, à V à Hasnon; M<sup>me</sup> DANEULIN

*Arrondissement de Lille.* — M. VERHAEGHE, docteur, à à Roubaix; M. LORNI



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBENALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

MM. **Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

MM. **Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Sur un cas de luxation du semi-lunaire, par M. le professeur **Dubar** (Leçon recueillie par **Maurice Leroy**, interne des Hôpitaux). — Le Pavillon des tuberculeux à l'hôpital de la Charité (décembre 1900 ; avril 1902), par le docteur **Deléarde**, agrégé, chef du Laboratoire des Cliniques. — Observation de folie syphilitique guérie, par les docteurs **P. Kéraval**, directeur-médecin de l'asile d'Armentières et **P. Caudron**, interne de service. — CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES : Délivrance post-abortive, par le docteur **M. Oul**. — SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD (Séance du 11 juillet 1902). — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Charité

#### Sur un cas de luxation du semi-lunaire

par M. le professeur **Dubar**

(Leçon recueillie par **Maurice Leroy**, interne des Hôpitaux).

Messieurs,

Il m'a été donné d'observer dans ma clientèle privée un cas de luxation en avant du semi-lunaire droit, sur lequel je désire appeler votre attention. Il s'agit, en effet, d'une affection assez rare, difficile à diagnostiquer, d'un mécanisme simple, intéressante aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomopathologique.

Le sujet dont j'ai eu à m'occuper est un homme de cinquante ans environ, de très robuste complexion. Cet homme, au cours d'une manœuvre d'automobile, lâcha la manivelle d'avant qu'il remontait d'une façon

exagérée et dont il ne pouvait plus vaincre la résistance. Immédiatement cette manivelle revint sur elle-même et frappa la paume de la main droite du blessé un peu au-dessous du poignet. Celui-ci fut, en raison de l'extrême violence du choc, porté en hyperextension.

On posa à ce moment le diagnostic d'entorse du poignet, diagnostic que le gonflement et la douleur rendaient plausibles. On appliqua des compresses résolutives, on fit quelques séances de massage, mais ce traitement n'apporta pas de soulagement suffisant et surtout ne rendit pas au poignet sa souplesse antérieure.

Après six ou sept semaines le blessé, inquiet et quelque peu découragé, vint me consulter.

Au jour de mon examen, je constate que le gonflement a disparu sur les parties latérales du poignet, mais qu'il existe sur la région médiane de la face antérieure une saillie assez volumineuse, très nette et très dure de chaque côté de laquelle on remarque une petite dépression.

La face dorsale du poignet paraît normale.

Au point de vue fonctionnel, je trouve que les mouvements de pronation et de supination sont relativement faciles, mais que la flexion et les mouvements de latéralité sont difficiles, très douloureux et s'accompagnent parfois de gros craquements qui n'ont aucune analogie avec la crépitation habituellement observée au niveau des fractures. Le radius et le cubitus sont d'ailleurs intacts à leur partie inférieure.

il n'y a pas de déformation en dos de fourchette, l'axe de l'avant-bras se continue directement avec ceux du poignet et de la main et les apophyses styloïdes ont conservé leurs rapports normaux.

La saillie anormale siège un peu au-dessous d'une ligne réunissant l'apophyse styloïde du radius à celle du cubitus, ce qui m'amène à penser que c'est au niveau de la première rangée du carpe qu'a pris

POTEL, a fait une étude intéressante de ces luxations. M. le professeur BERGER en a présenté à la Société de chirurgie en 1897 et en 1899 des cas fort curieux. Depuis lors, différents travaux ont paru en Allemagne sous les noms d'EIDENBRODT, STAFFEL, etc.

De ces diverses études, il résulte que les luxations du semi-lunaire sont beaucoup plus fréquentes que celle des autres os du carpe. Il était donc logique de

naissance le désordre anatomique, cause de la déformation observée.

Et selon toute vraisemblance cette saillie me paraissait due à la présence d'un os luxé.

Or, nous savons que dans le déplacement des os de la première rangée du carpe, c'est en général le semi-lunaire qui se luxé.

Dans un travail paru en 1899, dans la *Presse Médicale* (1), mon ancien chef de clinique, M. le docteur

(1) POTEL. — *Etude sur les luxations du scaphoïde et du semi-lunaire*, *Presse médicale*, 18 janvier 1899.

Figure 1

songer à une luxation du semi-lunaire en avant.

La radiographie me paraissant le plus sûr moyen de contrôler mon diagnostic, j'ai prié M. le professeur agrégé BÉDART, de radiographier mon blessé. Des épreuves de face et de profil furent prises sur les deux poignets, ce qui permit l'étude comparative de la région déformée.

Sur la radiographie de la main droite prise de face. (fig. 1), vous pouvez voir que le semi-lunaire projette une ombre conique très nette sur le grand os, que le scaphoïde, plus ou moins écrasé, paraît plus rap-

proché de la ligne médiane que son congénère du côté gauche, enfin que le pyramidal est reporté en dedans, qu'il est presque vertical et projette sur le grand os une ombre très marquée et qu'il n'a, par conséquent pas conservé l'inclinaison normale facile à observer sur la radiographie du côté gauche.

L'ensemble du poignet est déformé et cette déformation est en rapport avec le déplacement de ces divers os.

La radiographie prise de profil (fig. 2) est également

Comme lésions complémentaires, la radiographie montre que, du côté droit, l'apophyse styloïde du radius est moins nette que celle de gauche et qu'il y a eu arrachement ligamenteux de quelques parcelles de cet os. Le scaphoïde et le trapèze sont également moins nets du côté malade. Il y a donc une sorte d'écrasement de toute la région du poignet.

La lésion étant ainsi nettement déterminée, il convient de rechercher par quel mécanisme elle a pu prendre naissance. Lors de l'accident qui a amené l'hyperextension de l'articulation, le semi-lunaire solidement maintenu latéralement par la résistance du scaphoïde et du pyramidal, s'est trouvé enserré très fortement entre la facette articulaire du radius et le grand os. Il est bien évident que dans ces conditions il ne pouvait s'échapper qu'en avant, aussi s'est-il énucléé à travers le ligament radio-carpien antérieur, qui a dû céder à la façon d'un noyau de cerise pressé entre les doigts.

Que faire en présence d'un cas de ce genre ? Doit-on ou non intervenir chirurgicalement ?

Il est bien certain tout d'abord qu'il ne faut pas songer après deux mois environ, à tenter la réduction en replaçant le poignet en hyperextension et en cherchant par une pression plus ou moins énergique, à faire reprendre au semi-lunaire la place qu'il a quittée.

Enlever l'os déplacé est une opération rationnelle, mais délicate, en raison des particularités anatomiques de la région et je pense qu'il est prudent avant de s'y résoudre, d'épuiser toutes les ressources du traitement médical. C'est pourquoi je me contenterai provisoirement du massage, de la mobilisation qu'il sera peut-être nécessaire de pratiquer après anesthésie — au besoin je conseillerai à mon client un séjour prolongé dans une station sulfureuse.

Ce n'est que lorsque j'aurais constaté l'insuffisance de ces moyens que je me résoudrai à proposer l'intervention sanglante et l'extirpation du semi-lunaire luxé.

Cette intervention est justifiée par les résultats obtenus par différents auteurs et par nous-mêmes, dans un cas que nous avons observé il y a quelques années. Le résultat fonctionnel varie d'ailleurs suivant les cas ou plutôt suivant l'intensité plus ou moins considérable des dégâts apportés dans les rapports anatomiques des divers os du carpe.

Figure 2

très instructive. On y voit que le semi-lunaire a passé en avant des autres os de sa rangée et que, de plus, il s'est retourné, dirigeant en avant la facette concave qui, normalement, est en rapport avec le grand os. Le pyramidal s'est placé verticalement et s'est rapproché du grand os.

Il résulte de cette étude radiographique que j'étais bien en présence d'une luxation du semi-lunaire en avant et qu'il y a, de plus, rapprochement du scaphoïde et du pyramidal dans l'espace laissé libre par l'os déplacé.



Les 64 malades soignés au Pavillon sont rangés en 4 catégories.

1° Guéris . . . . .	ils sont au nombre de	11
2° Améliorés . . . . .	» »	12
3° Etat stationnaire. . . . .	» »	24
4° Aggravés et morts . . . . .	» »	17

I. **Guéris.** — Dans cette catégorie sont classés 11 malades ayant quitté le Pavillon depuis un certain temps. Nous les avons revus depuis leur sortie. Ils ont repris intégralement leur travail. Les signes locaux de la tuberculose ont disparu ou se sont atténués, l'état général s'est maintenu excellent. Leur expectoration est indemne de bacilles.

Voici, résumées en quelques mots, leurs observations.

1° Dery..., 28 ans, marchand des quatre-saisons, entré le 11 juin 1901, sorti le 21 janvier 1902, tuberculose du 2° degré aux deux sommets; a fait une pneumonie en août 1901.

Le malade habite Lille. Il est actuellement marchand de légumes dans le quartier de Moulins-Lille.

2° Warn..., Liévin, 16 ans 1/2, encadreur, entré le 30 août 1901, sorti le 27 novembre 1901. Son observation a été publiée en détail dans un article sur l'emphysème et la tuberculose pulmonaire (*Bulletin médical*, avril 1902). Il a repris son travail, il est actuellement ouvrier à Lille.

3° Leco..., Désiré, journalier, 20 ans, entré le 6 décembre 1900, sorti le 3 juin 1901. Était atteint de bronchite chronique avec tuberculose du sommet droit. Les crachats, qui renfermaient de nombreux bacilles, n'en contiennent plus; mais il a conservé de la bronchite et de l'emphysème. Il est garçon de courses dans une laiterie de Lille.

4° Coup..., Louis, 24 ans, employé de banque, entré le 2 octobre 1901, sorti le 30 octobre 1901. Le malade avait de rares bacilles dans les crachats, l'expectoration était très peu abondante. Actuellement il ne crache plus et est employé dans une banque de Lille. C'est le seul malade que nous ayons vu à l'extrême début du deuxième degré de la tuberculose. Comme son travail de bureau n'était pas pénible, il a demandé à quitter le pavillon assez rapidement.

5° Sauv..., Paul, 45 ans, pelotonneur, entré le 18 mai 1901, sorti le 20 août 1901. Porte un rétrécissement mitral post-rhumatismal. Il travaille sans interruption, depuis sa sortie, chez M. Crespel, filateur à Lille.

6° Lamb..., Daniel, 20 ans, boulanger. Tuberculose peu avancée du sommet droit avec quelques crachats matinaux renfermant de rares bacilles.

Entré le 4 juin, il sort, sur sa demande, le 4 juillet 1901 et travaille à son métier depuis lors sans éprouver la moindre fatigue. Il ne crache plus.

7° Lel... Gustave, 21 ans, ajusteur. Tuberculose du

deuxième degré du sommet droit, entré le 6 février 1901, prend les fonctions d'infirmier à la date du 10 juin, et rentre comme malade le 20 juillet pour sortir définitivement le 6 septembre; a travaillé chez un fondeur de Moulins-Lille jusqu'en février 1902 et a changé d'établissement à la suite d'une discussion.

8° De Kne..., Auguste, 34 ans, terrassier. Entré le 9 janvier 1902, sorti le 6 mars. Tuberculose du deuxième degré, mais très localisée au sommet droit. Le malade a fait de rapides progrès vers la guérison grâce à son excellent appétit. Il est actuellement briquetier dans les environs de Lille.

9° Vanalb..., 26 ans, tisserand. Entré le 18 août 1901, sorti le 1<sup>er</sup> octobre 1901. Deuxième séjour du 5 février 1902 au 15 avril 1902. A travaillé sans interruption entre le premier et le deuxième séjour, mais il rentre parce qu'il se sent fatigué. Il ne crache plus, travaille actuellement chez M. Courmont, filateur à Lille.

10° Pet..., Louis, 18 ans, jardinier, entré le 27 novembre 1901, sorti le 23 avril 1902. Tuberculose du deuxième degré au sommet droit, ne crache plus, travaille comme jardinier à la banlieue d'Esquermes.

11° Bur..., Désiré, 20 ans, maçon. Entré le 15 février 1901, sorti le 2 mai 1901. A eu comme symptôme de tuberculose une seule hémoptysie avec congestion du sommet gauche, très rares bacilles dans les crachats. Était, en février 1902, manœuvre de maçon à Lille. Depuis cette date je n'ai pas revu le malade.

Voilà donc onze malades que j'ai revus depuis leur sortie. Ils ont perdu, en se remettant au travail, quelque peu de leur poids, ce qui était inévitable, mais, détail important, les crachats, examinés à plusieurs reprises, ne renfermaient plus de bacilles tuberculeux. Je crois donc pouvoir les considérer comme guéris.

Ces onze cas, donnent un pourcentage de 17,18 0/0.

II. **Améliorés.** — Ils sont au nombre de douze, soit 18,75 0/0. Je range dans cette catégorie plusieurs malades sortis en excellent état, mais dont je n'ai pu avoir de nouvelles. D'autres, bien que crachant encore, ont repris le travail et ne l'ont pas cessé depuis plusieurs mois. Dans une statistique de 1901 il y avait onze malades que je considérais comme améliorés, trois d'entre eux étaient alors en cours de traitement et figurent cette année parmi les guéris.

III. **Etat stationnaire.** — Ils sont au nombre de vingt-quatre, soit 37,50 %. Ce sont les plus nombreux, car ils représentent, pris séparément, l'état ordinaire dans lequel les tuberculeux se présentent à l'hôpital. Il n'y avait rien à espérer de pareils malades à cause de l'état avancé de leurs lésions. Quelques semaines





Le 26, on a obtenu une grande amélioration, mais l'état général est très faible et le malade est quelque peu dévoyé. On a pu le lever : il demande à travailler, son attention est plus soutenue, mais il est notablement incohérent et semi-délinquant par instants; il se dit, par exemple, excellent chanteur. C'est ce jour-là qu'on apprend péremptoirement qu'il a eu la syphilis il y a quelques années, qu'il porte des traces de gommes syphilitiques aux poignets et aux coudes. L'escarre sacrée est guérie.

Le 27, il est si excité, qu'il faut l'aliter de nouveau.

Le 1<sup>er</sup> novembre il est moins excité; on supprime morphine et chloral. Les frictions mercurielles quotidiennes sont maintenues.

Le 5 novembre la sédation persiste, mais Vans... s'affaiblit et il existe de la stomatite mercurielle : on suspend les onctions, tandis que l'on porte l'iodure de potassium à 1 gramme 50 centigrammes.

Le 8, iodure 2 grammes. Malade toujours alité, calme.

Le 19, iodure 3 grammes. Il est loquace et, comme les gommes des poignets et des coudes reprennent de plus belle, on recommence les onctions mercurielles, d'autant que Vans... fait tomber tous les pansements.

Le 3 décembre, se développe un abcès de la tête qui laisse à nu une cupule d'ostéite syphilitique du diamètre d'une pièce de cinquante centimes au niveau de la portion médiane de la suture fronto-pariétale : un pus très lié assez abondant s'en est écoulé. On a procédé à son ouverture.

Le 6 décembre, le patient, plutôt nerveux qu'excité, enlevant tous ses pansements et tripotant sa plaie, il s'est effectué une vaste lymphangite. Elle occupe le côté droit de la tête et passe, par l'intermédiaire des lymphatiques frontaux superficiels de la ligne médiane, à la racine du nez, à la paupière supérieure, à la paupière inférieure du même côté, à la région malaire droite. On craint de la dacryocystite. L'état général est très précaire : la mort est attendue d'un moment à l'autre. Les onctions mercurielles et l'iodure à la dose de trois grammes sont continués.

Le 7 décembre, on fait les premières injections intra-musculaires de deux centigrammes par jour de sublimé ainsi préparé :

Sublimé corrosif.....	0 gr. 20 centigr.
Eau distillée.....	70 grammes
Glycérine.....	30 grammes

On se sert de la seringue de LE PILEUR.

Le malade est très faible et se retourne constamment dans son lit, mais sans dire grand'chose.

Le 10 décembre, excitation, chants, état physique mauvais. La paupière supérieure droite, œdématisée, retombe inerte sur l'œil fermé.

A partir du 12, deux centigrammes par jour de sublimé en injections comme supra, deux séances de pulvérisations phéniquées, trois grammes d'iodure, le gonflement de la paupière étant demeuré stationnaire.

Le 16 décembre, il existe du pus sous la paupière supérieure, on ne l'évacue pas. Les lésions syphilitiques des poignets sont en voie de guérison, celles des coudes également : il en est de même des lésions

crâniennes. Au point de vue mental, Vans... a récupéré ses facultés de coordination et sa connaissance, mais il s'excite facilement.

24 décembre. — Les injections intra-musculaires de sublimé n'ont subi aucune interruption, elles ont été pratiquées sans aucun inconvénient. Il ne s'est effectué nulle trace de gingivite, nul accident d'intoxication hydrargyrique. L'état physique s'est amélioré définitivement. La plaie de la tête s'est fermée, la paupière supérieure droite a diminué de volume tout en restant rougeâtre, la lymphangite médio-frontale, tout en persistant, s'est atténuée. Les gommes des poignets et des coudes sont en voie de guérison. Or, pas plus que par le passé, le malade n'a laissé en place de pansements.

Actuellement, Vans... cause raisonnablement. Il raconte qu'il a été infecté à l'âge de 21 ans et montre la place du chancre au niveau du frein détruit. Un peu excitable encore, il se rend compte de l'endroit où il se trouve et comprend qu'il a été fou.

L'ostéite crânienne semble avoir été radicalement guérie, car on ne sent pas de dépression à ce niveau.

L'examen des réflexes fournit les résultats suivants. Le réflexe cornéen, aboli à l'œil droit, est diminué à l'œil gauche. Le réflexe laryngé est diminué. Le signe de Biernasky semble exister, mais il est faible. Le réflexe rotulien est augmenté des deux côtés. Les réflexes plantaires, abdominaux, crémasteriens, sont normaux.

Le 30 décembre, l'amélioration a progressé. Le patient est cependant encore excité. Les injections sont continuées.

Le 2 janvier 1901, l'état mental et physique est satisfaisant. On supprime les injections mercurielles. On a injecté jusqu'ici 0 gr. 50 centigr. On continue 3 grammes d'iodure de potassium.

Le 3 janvier tout va bien, sauf la santé générale. Le phlegmon céphalique paraît devoir récidiver. A l'endroit où s'était manifesté la cupule d'ostéite pointé un nouveau foyer purulent.

Le 24 janvier, on en a été quitte pour la peur. Seulement l'état physique est piètre, malgré l'iodure de potassium. Des signes de lésions pulmonaires tuberculeuses, des douleurs rhumatoïdes avec gonflement articulaire assombrissent le présent. On a recours à la créosote à l'intérieur.

Le 30 janvier, l'amélioration matérielle est considérable. On n'a pas fait d'injections mercurielles. L'état mental est bon.

Dans les jours qui suivent, on croit devoir injecter un centigr. de sublimé, à cause de la recrudescence de la tuméfaction des articulations. L'effet est excellent.

Le 7 février, Vans... a de la diarrhée, s'affaiblit notablement. On le met au régime lacté, au riz, au bismuth. Le régime précédent a décidément remonté la santé générale. Tout le mois de mars s'est écoulé dans un parfait état de santé. Il s'agissait sans doute d'altérations syphilitiques viscérales et articulaires. Il ne s'est pas montré de perturbations intellectuelles.

Le 18 avril Vans... sort guéri. Il n'est pas revenu.

t en évidence les  
s constitutionnelle  
des fonctions géné-  
au sans formation  
isive du sublimé en  
autres précautions  
ales et articulaires  
re à l'agent mercu-  
océdé. Les petites  
, en pareils cas, les  
a syphilis auxquels  
us symptomatique

## Chirurgicales

### Abortive

Docteur M. OUI.

— Une femme vient  
à lieu en un temps,  
bloc ». Dans ce cas,  
t. Mais, dans le plus  
seul, a été expulsé ;  
l'utérus pendant un  
plusieurs jours. Il y  
le seul cas que nous

uis son début, vous  
taillots expulsés, que  
itérine. Si vous êtes  
après l'expulsion du  
ossibilité d'examiner  
ouvent sans attendre  
rs votre esprit sur la  
aite

su à la garde de ne  
anes génitaux. Faites  
s-même, de façon à  
as inaperçu.

able, s'il persiste un  
en temps, de pertes  
ns de croire à une

idement de volume,  
ement de sang, il est  
pulsé, bien qu'il ait

ez-vous que ce qui

est le plus favorable pour la femme  
tanée, laquelle, d'ailleurs, se produ  
majorité des cas, dans les quelq  
l'expulsion du fœtus.

**A. — Le fœtus a été expulsé vivant ou frais; il ne survient aucune complication.** — a) Si le fœtus a été expulsé vivant ou frais, s'il ne survient aucune complication, **gardez-vous d'intervenir.** Contentez-vous de surveiller la femme en lui administrant des **injections vaginales antiseptiques à 50°**. Outre l'avantage de prévenir les accidents infectieux, ces injections exciteront les contractions utérines, hâteront, par conséquent, le décollement et l'expulsion du placenta, dont l'utérus se débarrassera habituellement tout seul dans le délai de vingt-quatre heures.

b) Si le placenta reste plus longtemps dans l'utérus, et à la condition formelle qu'aucune complication ne se produise, patientez encore. la délivrance spontanée est la règle après l'avortement. **Gardez-vous bien, surtout, d'administrer de l'ergot de seigle.** Vous emprisonneriez le placenta dans l'utérus et, si des complications se produisaient, elles seraient considérablement aggravées par les difficultés que vous éprouveriez à intervenir.

**B. — Le fœtus a été expulsé mort et macéré.** — Si le fœtus a été expulsé mort et macéré, l'expectation serait extrêmement imprudente. Dans ce cas, en effet, les accidents infectieux se produisent beaucoup plus souvent, avec une rapidité plus grande et ils sont généralement plus graves. **L'extraction immédiate du placenta s'impose.** Nous verrons plus loin comment elle doit être pratiquée.

**C. — Il survient des complications.** — Tant que le placenta reste adhérent en totalité à l'utérus, il ne survient habituellement aucun accident ; mais quand il est décollé partiellement, deux complications peuvent se produire : 1° l'hémorragie ; 2° l'infection.

**Hémorragie.** — a) *On a un aide.* Le seul remède, certainement efficace contre l'hémorragie, c'est l'extraction du placenta. L'utérus, une fois vide, reviendra complètement sur lui-même et assurera son hémostase. Donc, si la femme perd du sang de façon inquiétante, n'hésitez pas à pratiquer la **délivrance artificielle**. Mais, pour mener à bien cette intervention, il vous faut un aide, car vous devrez avoir recours à l'anesthésie. Or, une hémorragie n'attend pas et, le plus souvent, vous êtes obligé d'intervenir sur l'heure.

b) *On n'a pas d'aide.* — Si vous n'avez pas d'aide, vous pourrez pratiquer le **tamponnement utérin**, qui vous donnera le temps d'attendre.

Saisissez le col avec une pince de Museux, puis, avec toutes les précautions antiseptiques, portez avec une longue pince jusqu'au fond de l'utérus une lanière de gaze iodo-

formée, Bourrez ainsi l'utérus en y tassant fortement la gaze, puis, lorsque la cavité utérine sera remplie, comblez le vagin. Le tampon ainsi fait fera l'hémostase par compression directe sur les vaisseaux ouverts. Il aura l'avantage de provoquer des contractions utérines parfois assez intenses pour que, en enlevant le tampon, vous trouviez souvent derrière lui le placenta décollé et qu'il ne vous reste plus qu'à le cueillir.

Mieux encore, si vous l'avez en votre possession, introduisez dans l'utérus un **ballon de Champetier de Ribes** qui fera, tout aussi vite et tout aussi bien le tamponnement utérin et qui vous ouvrira, en quelques heures, une large voie pour la délivrance manuelle.

**Infection.** — L'intervention est, dans le cas d'infection, aussi urgente que dans l'hémorragie. Chez toute femme dont le placenta est retenu, dès que l'on constate de la fétilité des lochies ou si la température s'élève, même légèrement, **il faut intervenir sans tarder**. Ne perdez pas votre temps à faire des injections intrautérines, tout à fait insuffisantes en l'espèce; videz l'utérus le plus tôt possible.

**Comment on doit vider l'utérus.** — Que vous interveniez pour une hémorragie ou pour des accidents septiques, la façon de procéder est la même.

Et, d'abord, **le meilleur instrument est la main**, plus souple, plus habile, rendant mieux compte du travail accompli que ne le fait la curette et ne risquant pas, comme celle-ci, de produire une perforation utérine.

On peut, d'autre part, au moment d'opérer, se trouver en face de deux situations différentes : 1° le col est perméable ou facilement dilatable; 2° le col est imperméable ou insuffisamment dilatable. Il faut, alors, avant d'intervenir, **produire la dilatation du col**. Cette dilatation, vous pourrez l'obtenir facilement en quelques heures en introduisant dans la cavité utérine un ballon Champetier qui, réveillant les contractions de l'utérus et chassé par elles à travers le col, vous ouvrira largement la voie.

Le col étant perméable, l'intervention est possible.

Rappelez-vous que, si vous voulez réussir, il vous faudra **introduire toute la main dans le vagin et soumettre la femme à l'anesthésie chloroformique**.

La femme étant endormie, en résolution complète, faites une toilette extérieure sévère des organes génitaux, puis une abondante injection vaginale.

a) Introduisez alors toute la main dans le vagin, pendant que l'autre main appuie sur l'utérus et l'abaisse. Faites pénétrer l'index et le médius dans la cavité utérine, explorez-la et reconnaissez le point où persiste l'adhérence placentaire.

Décollez toute la partie adhérente du placenta, et lorsqu'il est absolument libre dans la cavité utérine, mais alors seulement, prenez-le entre les deux doigts et amenez-le au dehors.

Réexplorez l'utérus, assurez-vous qu'aucun fragment placentaire n'y est resté. Alors, enroulez sur une pince, un

morceau de gaze iodoformée, portez-le dans l'utérus et, frottez ferme la paroi pour donner ce que Varnier appelle « le coup de balai antiseptique de la fin ».

Faites ensuite un grand lavage utérin antiseptique (trois à quatre litres de liquide) et mettez une mèche de gaze iodoformée dans l'utérus pour le drainer pendant vingt-quatre heures.

b) Si des fragments de placenta plus ou moins volumineux ont résisté à l'action de vos doigts, alors la **curette** entrera en jeu. Mais ne vous en servez pas à l'aveuglette, **agissez en même temps avec la curette et avec le doigt** qui en contrôlera sans cesse l'action. Ainsi seulement vous agirez avec sécurité et vous ferez de bonne besogne.

c) Autre recommandation : **Méfiez-vous de l'emploi des pinces** avec lesquelles on a trop souvent perforé l'utérus.

d) Lorsqu'une partie du placenta se présente dans le col, résistez à la tentation de la saisir et de tirer sur elle. Tout placenta retenu, donnant lieu à des complications, est un placenta partiellement adhérent. Il faut donc le **décoller complètement avant de l'extraire**. En agissant autrement, vous pratiqueriez une intervention incomplète, donc inutile et parfois même nuisible.

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 11 Juillet 1902

Présidence de M. Ausser.

### Fibrome utérin et pyosalpinx.

M. Oul présente des pièces provenant d'une femme qu'il a opérée le 26 juin.

Cette femme, âgée de 43 ans, dont les antécédents ne présentent rien d'intéressant et qui n'a jamais été enceinte avait été prise subitement de vives douleurs abdominales le 25 mai dernier. Elle entra dans le service de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur, où elle présentait des phénomènes de péritonite nets, mais sans gravité et fut transférée le 16 juin dans le service de la clinique chirurgicale.

A l'examen on constate dans l'excavation pelvienne, à gauche et en arrière du col, une tumeur dure, grosse comme une orange, appartenant manifestement à l'utérus. Plus haut, également à gauche, une autre tumeur plus molle et juxta-utérine. Le diagnostic porté fut celui de fibrome utérin et salpingite.

Opération le 26 juin. Après l'incision abdominale, on se trouve en face d'un utérus fibromateux. Les annexes droites sont évidemment malades (trompe rouge, vascularisée à parois épaissies). A gauche, il existe une salpingo-ovarite grosse comme un gros œuf de poule, entourée d'adhérences.

L'opération est faite par le procédé américain. Le liga-

sectionné. L'utérine droite est liée au col en travers et ligature de l'utérine s gauches sont alors attaquées par ent pédiculisées et enlevées.

On montre qu'il s'agissait d'un fibrome roi gauche et postérieure de l'utérus. gauche ouverte après l'opération con- aillérées de pus crémeux.

régulières, sauf une petite eschare

laire supérieur pour myxo-sarcome aso-pharyngien.

nte un maxillaire supérieur d'appa- té enlevé à un garçon de 20 ans, por- naso-pharyngienne opérée déjà deux . En face d'une nouvelle récurrence, on e maligne ; c'était effectivement un tumeur descendait jusqu'au pharynx . Le malade, qu'on ne pouvait même de, parlait de se tuer. M. LEFORT fitomie intercricothyroïdienne en un it la respiration devint difficile et ou s reprises de chatouiller la trachée à ar l'intermédiaire de la canule. Ablap- par voie transmaxillaire. On enlève e supérieur droit, on découvre alors ineuse qu'on ne peut le contourner uette est déviée à gauche contre la arynx. Après résection du voile du a tumeur part de l'apophyse basilaire eure du pharynx ; elle est développée i partie nasale du voile du palais. On les clamps, on en écrase une partie. mplète est suivie d'un curetage.

simples. Le malade va bien depuis ve est fatale, mais il aura une survie . on était en droit de le soulager par ibles.

acture des rotules.

un homme qui s'est brisé les rotules, ombant d'un mur sur le bord duquel oment du traumatisme, il y eut un g modéré dans les jointures et un centimètres. Le traitement consista nobilisation et massage pendant cinq ire lever le blessé. A ce moment celui- nsion forcée et dans un état de com- n Le résultat laissait donc beaucoup uf mois, les conditions fonctionnelles xtension de la jambe est fort difficile. nier, M. DRUCBERT a montré à la société

un homme marchant beaucoup mieux que celui-ci malgré un écartement plus important. M. COLLE demande à la société si, dans le présent cas, on peut espérer guérir ce malade par des procédés non sanglants. Faut-il pratiquer la suture osseuse.

L'avis unanime de la Société est que la suture est indis- pensable et indiquée de préférence à n'importe quel autre moyen.

Occlusion intestinale méconnue ; expulsion de 94 centimètres d'intestin grêle.

M. Surmont montre un fragment d'intestin grêle long de 94 centimètres, évacué spontanément par une malade de vingt-huit ans. Cette personne étant enceinte de 3 à 4 mois, fut prise de vives douleurs à droite : on soupçonna une colique hépatique. Au bout de 18 jours survinrent des phénomènes d'occlusion, avec expulsion du fragment d'intestin en question.

Celui-ci fut pris pour une muco-membrane due à une colite. L'attention devait cependant être attirée par l'émission de sang par les selles et diverses autres particularités. On rencontrait à gauche dans le ventre, une tumeur grosse comme le poing et on y pouvait placer le siège de l'obstruction. Au moment où M. COLLE, appelé pour intervenir allait opérer, l'obstacle se leva. Trois semaines après, au niveau de l'S iliaque, on fut amené à ouvrir un abcès pariétal qui s'était formé. Au bout de trois jours, mort par pneumonie. Il n'existe que quelques rares observations où un plus long segment d'intestin ait été ainsi éliminé. En outre, chez cette malade, l'invagination s'est produite sans phénomènes d'occlusion au début et le maximum de symptômes s'est manifesté à gauche, bien que ce fut l'iléon qui se fut envaginé dans le cœcum.

M. COLLE dit, à ce sujet, qu'opérant récemment pour occlusion un enfant de quatre mois où la tuméfaction siégeait à gauche, il fit néanmoins le diagnostic d'invagination ileo-cœcale, ce qui fut vérifié. L'occlusion s'était accompagnée d'hémorrhagie profuse et l'enfant mourut d'ailleurs.

Clapotage de l'intestin grêle : son énorme dilatation dans un cas de cancer du cœcum.

M. Surmont rappelle que M. DEBOVE a montré que le clapotage peut se montrer dans la dilatation du côlon et n'est pas toujours caractéristique de la dilatation gastrique. Il a de son côté constaté du clapotage de l'intestin grêle chez un homme de 50 ans, qu'il soignait avec M. COLLE. Au niveau de l'ombilic, chez ce sujet, existait un clapotage considérable et même la sensation du ballonnement stomacal. Malgré des signes de rétrécissement pylorique, on pouvait avoir des doutes sur l'existence de la dilatation de l'estomac. En effet, il n'y avait point d'affaissement du creux épigastrique, ni de ballonnement au-dessous de cette région.

Tout le ventre était distendu. Le lavage de l'estomac indique une capacité de 2 à 300 cent. c. A sa suite, il se produit des vomissements d'un liquide verdâtre d'origine intestinale. L'insufflation dénote un estomac petit ; le bord inférieur n'atteint pas l'ombilic. Le diagnostic fut celui d'obstruction intestinale incomplète avec lésion probable vers l'angle gauche du côlon.

A peine M. COLLE avait-il incisé la paroi que tout l'intestin grêle se précipita au dehors. Son diamètre était énorme, il avait une fois et demi le calibre d'une bouteille d'eau de Vichy. On ne pouvait songer à le faire rentrer. Alors, incision qui laisse écouler 3 à 6 litres de liquide, comme du liquide ascitique. Le cœcum probablement cancéreux était rétracté, le gros intestin affaissé.

L'anse ouverte fut fixée à la peau et le malade mourut au sixième jour. Bien que l'anus artificiel eût été établi près du cœcum, il est à noter que tout ce que le malade prit fut rendu en nature, comme si cet intestin monstrueusement dilaté, eût perdu ses fonctions digestives.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

Le vendredi 4 juillet 1902, a eu lieu, à Paris, la réunion statutaire de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, syndic. — Dix-neuf membres y assistaient.

ELECTIONS. — M. le Pr RICHET représentera désormais à l'Association la *Bibliographia medica*. — M. le Dr MEIGE a été nommé membre titulaire, comme rédacteur en chef de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*.

CANDIDATURE. — M. le Dr ARCHAMBAUD a été nommé rapporteur de la candidature de M. le Dr Henri GOURICHON, rédacteur en chef du *Bulletin de la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance de Paris*.

TRANSPORT DES JOURNAUX A L'ÉTRANGER. — Le texte des vœux émis par la Commission spéciale de l'Association sur la *taxe postale* sera intercalé dans le rapport qui sera présenté sur ce sujet au prochain Congrès de Berne.

CONGRÈS INTERNATIONAUX DE 1902. — *Comités français*. — Le Secrétaire général met l'Association au courant du rôle joué par son Bureau à propos de la propagande déjà faite pour ces Congrès.

### UNIVERSITÉ DE LILLE

Charmante soirée le 9 Juillet chez Monsieur le Professeur CARLIER. Anciens élèves et élèves de la Clinique des maladies des voies urinaires étaient réunis pour fêter la récente titularisation du maître. A l'heure des toasts, le docteur CAUMARTIN porte en termes très heureux la santé du professeur CARLIER ; il rappelle la bienveillance, la sollicitude et la sympathie du professeur pour ses élèves et lui offre au nom de tous, présents et absents, un bronze de F. Déruelle.

Le professeur CARLIER très ému se souvient qu'ils veulent bien lui offrir heures agréables passées à la clinique et termine en leur exprimant tout précieux concours qu'ils lui ont prêté de la Clinique des maladies des voies.

— Parmi les récentes distinctions notons avec satisfaction pour nos docteurs DEVÉMY, de Valenciennes, BOTRY, de Lille ont été nommés officiers de même distinction a été également décernée au chef de laboratoire et WOERHEL, Pasteur de Lille. Nous leur adressons nos bien sincères félicitations.

— Au moment de mettre sous presse, comme officiers de l'Instruction publique, MM. les docteurs LAGUESSE et SURMON, chargés de cours à la Faculté de médecine et collaborateurs reçoivent nos félicitations à cette occasion.

— A propos de l'épidémie de variole depuis trois mois, nous sommes en mesure de vous donner le renseignement suivant :

Au pavillon des varioleux de l'hôpital depuis son ouverture jusqu'à l'heure actuelle, 220 varioleux ; 128 sont sortis guéris, 44 restent malades ou en convalescence, la mortalité à 22,7 pour cent.

### SOUTENANCES DE THÈSE

M. J.-G.-E. ROMIGNOT, de Lille (Nouveaux hôpitaux, ancien aide d'anatomie, et professeur d'anatomie à la faculté) soutient sa thèse le 15 juillet, avec grand succès, sa thèse n° 88), intitulée : *Du rôle de la composition chimique dans la localisation des tendons*.

— M. G.-E.-J. HÉMER, d'Hazebrouck, soutient sa thèse le mercredi 16 juillet, (6<sup>e</sup> série, n° 84), intitulée : *Contractions du semi-lunaire*.

— M. L.-J.-H. DENIS, de Péronne, soutient sa thèse le mercredi 16 juillet, (6<sup>e</sup> série, n° 85), intitulée : *De la mûre hémolécocytaire consécutive aux salicylates de soude et de méthyle*.

— M. F.-A. LEJEUNE, de Verquigne, soutient sa thèse le jeudi 18 juillet 1902, sa thèse de doctorat intitulée : *Du traitement de la paralysie par les injections de benzoate de sodium*.

— M. P.-E. CAUDRON, de Brancourt, soutient sa thèse le samedi 19 juillet 1902, (6<sup>e</sup> série, n° 87), intitulée : *Le fond de la maladie et ses lésions initiales*.

Nous relevons parmi les récentes promotions du Corps de santé militaire, celles de M. le docteur VICTOR OLIVIER, promu médecin-major de 2<sup>e</sup> classe, 3<sup>e</sup> génie, à Arras, et HENRIOT, promu médecin-major de 2<sup>e</sup> classe et maintenu au 45<sup>e</sup> de ligne.

### Notre Carnet

Le samedi 19 juillet, ont été célébrés les obsèques du docteur Victor OLIVIER, de



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté d

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique; Barrois, professeur de parasitologie; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur; Carlier, professeur de pathologie externe; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Dubar, professeur de clinique chirurgicale; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé de laboratoire à l'Institut Pasteur; l'Asile d'aliénés d'Armentières; de clinique ophtalmologique à l'hôpitaux; Manouvriez, de Val pendant de l'Académie de médecine, agrégé du Val-de-Grâce chargé d'un cours d'accouchement de pathologie interne et expérimental, agrégé, chargé du cours de pathologie

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale; POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.): 128, Boulevard de la République.  
Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Paralyse générale juvénile, par les docteurs L. Marchand et Ch. Leuridan, interne. — Emotions mortelles, par le docteur P. Kéraval. — CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES : Glaucome, par le docteur E. Paimblan. — SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD (Séance du 25 juillet 1902). — NOUVELLES ET INFORMATIONS.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Paralyse générale juvénile

Par MM. les docteurs L. Marchand, médecin-adjoint à l'asile de Bailleur et Ch. Leuridan, interne des asiles d'aliénés

La paralyse générale, considérée ordinairement comme une maladie de l'adulte, peut se rencontrer chez l'adolescent et même chez l'enfant (1). Les observations de paralyse générale juvénile, rares d'abord, se sont peu à peu multipliées; les cliniciens, prévenus de la possibilité de cette maladie chez les individus âgés de moins de vingt ans, l'ont mieux recherchée et, chaque année, les cas publiés augmentent. De jeunes malades, regardés d'abord comme des idiots, des imbéciles ou des déments précoces, ont été considérés ensuite comme atteints de méningo-encéphalite diffuse, et l'examen microscopique du cerveau est venu confirmer le diagnostic. Clouston (2), le pre-

mier, publia un cas de paralyse générale à l'âge de seize ans. Cette observation fut suivie de celles de TURNBULL (3), RÉGIS (4), REY et MANIÈRE (5), DUTIL (6). Aujourd'hui, la littérature médicale possède 70 cas de paralyse générale juvénile. Cet examen micrographique. Cette rareté si on les compare à la paralyse générale chez l'adulte nous engage à publier le cas sui-

### OBSERVATION

C..., âgée de vingt-deux ans, née à Lille, d'un père buveur et vicieux. Début de la maladie par accès mélancoliques. Attaques épileptiformes. Atrophie musculaire progressive.

C... entre à l'asile de Bailleur à l'âge de vingt-deux ans.

Antécédents héréditaires. — Son père était alcoolique. Son père présumé alcoolique. A la suite d'un violent accès de colère, il fut condamné à dix ans de prison. Ces renseignements nous ont été fournis par le docteur

(1) E. Toulouse et L. Marchand. — Paralyse générale infantile ayant simulé l'idiotie. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 23 juin 1899.

(2) Clouston. — A case of general paralytic insanity at the age of sixteen. Journ. of ment. Sc., oct. 1877, p. 419.

(3) TURNBULL. — Notes of a case of general paralytic insanity. Journ. of ment. Sc., oct. 1881, p. 391.

(4) WIGLESWORTH. — Case of general paralytic insanity commencing at the age of fifteen. Journ. of ment. Sc., oct. 1881, p. 391.

(5) RÉGIS. — Note sur la paralyse générale juvénile. L'Encéphale, 1883, p. 433. — Un cas de paralyse générale juvénile. L'Encéphale, 1883, p. 578.

(6) REY et MANIÈRE. — Paralyse générale juvénile. L'Encéphale, 1883, p. 578.

(7) VRAIN. — Contribution à l'étude de la paralyse générale juvénile. Th. de Paris, 1887.

(8) CHARCOT et DUTIL. — Sur un cas de paralyse générale juvénile à début très précoce. Arch. de neurol., 1887, p. 100.



avant son internement. héréditaires nous font on séjour à l'asile n'a

C... n'a jamais eu de... elle perdit sa mère et... Elle fut placée ensuite maltraita ; sa santé physique s'affaiblit au point... Employée dans une... elle fut bientôt obligée... ; elle avait des crises... présentant les caractères... usque, perte de connais-... faiblesse et présentait... tremblement généralisé... être de nature épilep-... senté, avant son interne-... lexie pendant lesquelles... naissance pendant plu-... e dans ses antécédents... tique. La malade aurait

ntaux remonterait à trois... trée à l'asile. L'affaiblis-... ctuelles et la faiblesse... accentués depuis cette... a présenté des troubles... 18 ans. La malade s'est... aucune protestation... un état de maigreur pro-... cipalement les muqueu-... s est tombant, figé, sans

spiratoire et circulatoire... lement.

depuis plusieurs mois... onnant et fétide... sibilité paraissent conser-

troubles accentués. La... e. Les mouvements sont... malade mange difficile-... opre. L'équilibre est ins-... e. Les muscles de la face... sont animés de tremble-... tirée hors de la bouche... trombone. On remarque... grandes oscillations... normaux.

normale. La parole est... blée.

Les pupilles réagissent... à l'accommodation.

'affaiblissement intellec-... de la mémoire est à peu... aucune notion du temps... st même à peine si elle... du jugement est aussi... rend nullement compte

de ce qui se passe autour d'elle, ni se trouve ; elle ne comprend que va- tions que nous lui adressons. Le peu d'activité céré- brale qui se manifeste encore, se traduit par des idées de satisfaction confuses et incohérentes ; elle nous dit avec un sourire niais qu'elle est belle, qu'elle a de l'argent.

Les jours suivants, mêmes signes physiques. Par- fois, C... est moins gênée dans ses mouvements ; d'autres jours, elle a des raideurs musculaires telles qu'elle ne peut faire un mouvement compliqué ; elle ne peut articuler ses mots. On note du côté des pupilles un léger degré de myosis. La malade gèle toutes les nuits. L'état mental reste stationnaire.

Six mois après son entrée à l'asile, la malade est dans un état de cachexie avancée, d'amaigrissement et d'affaiblissement extrêmes.

La sensibilité à la douleur est très obtuse sur toutes les parties du corps.

Les muscles sont atrophiés. L'alimentation est difficile. La marche est absolument impossible depuis quatre mois. La malade est alitée. Les jambes sont fléchies sur les cuisses ; celles-ci sont fléchies légè- rement sur le bassin et présentent un certain degré de rotation en dehors.

Il est impossible de provoquer le réflexe rotulien.

Les pupilles sont inégales avec mydriase très nette et elles ne réagissent ni à la lumière, ni à l'accommo- dation.

Au point de vue mental, la démence est complète. A toutes nos questions, la malade ne répond que par un sourire niais.

Elle meurt le 8 janvier 1902, à l'âge de vingt-trois ans.

L'autopsie est faite 24 heures après la mort.

Rien de spécial à la surface du corps, pas d'eschare fessière ou sacrée.

SYSTÈME NERVEUX. — Pas d'adhérences entre la boîte crânienne et la dure-mère. La pie-mère est très épaissie et opaque. Lorsqu'on cherche à décortiquer la substance cérébrale, les méninges s'enlèvent facilement au niveau des lobes frontaux et des lobes occi- pitaux ainsi qu'à la face interne des hémisphères. Au niveau des régions motrices on entraîne des débris de cortex. Les coupes de Pitres ne relèvent aucune lésion localisée. Le cerveau n'est pas congestionné. Au niveau des régions motrices, la substance grise corticale paraît atrophiée. Sur les parois du quatrième ventricule, on trouve des granulations épendymaires petites, blanchâtres et localisées dans le voisinage du sillon médian, sur l'aile blanche interne. Sur les parois des ventricules latéraux, on remarque des granu- lations présentant le même aspect, mais plus volumi- neuses ; elles sont surtout localisées sur la paroi interne des ventricules. Pas d'athérome des artères cérébrales. Le cerveau entier pèse 1.025 grammes. L'hémisphère droit 450 gr. ; le gauche 435 ; cervelet, bulbe et protubérance 140 gr.

Examen micrographique. — Les différentes régions examinées sont : la frontale et la pariétale ascendantes gauches, la frontale et la pariétale ascendantes droites, le lobe occipital gauche, le cervelet et le bulbe. Les

coupes ont été colorées au picro-carmin, à l'hématoxyline de Delafield, par la méthode de Forel, Van Gieson, par les méthodes électives de Weigert-Pal, de Nissl et de Weigert pour la névroglie.

**Méninges.** — Les méninges sont épaissies au niveau de toutes les circonvolutions et sont très vascularisées. On remarque à leur intérieur une grande quantité de cellules rondes prenant fortement la coloration. La pie-mère est surtout très épaissie au niveau des sillons. Au fond de ceux-ci, on remarque une quantité considérable de cellules rondes qui se colorent fortement par l'hématoxyline.

**Cortex.** — La néo-formation vasculaire est très nette dans toute la substance corticale. Les parois vasculaires sont épaissies ; par endroits les vaisseaux ont un aspect moniliforme ; ils sont entourés dans toute l'épaisseur du cortex, et même dans la substance blanche, d'un manchon de cellules rondes se colorant fortement. Cette lésion est surtout accusée au niveau des régions motrices.

Les cellules corticales sont touchées ; par la méthode de Nissl, la cellule reste uniformément teintée en bleu ; les granulations chromophiles se colorent mal et sont même complètement disparues dans un grand nombre de corps cellulaires. La plupart des noyaux sont excentriques, boursoufflés et leurs nucléoles se colorent mal. Le noyau reste lui-même fortement coloré. La plupart des cellules pyramidales sont déformées par des corpuscules dont les uns semblent être des noyaux névrogliques et les autres, des lymphocytes.

Par la méthode de WEIGERT pour la névroglie, on se rend compte nettement de la prolifération névrogliques qui existe à la fois dans la substance grise et la substance blanche. Au niveau de la zone superficielle du cortex la couche névrogliques sous-pie-méienne est épaissie. Les fibrilles sont aussi plus nombreuses dans la couche moléculaire. Autour des vaisseaux, on voit de grosses cellules névrogliques à prolongements épaissis. La prolifération névrogliques est moins accentuée dans la couche des cellules pyramidales.

Par la méthode de WEIGERT-PAL, on relève une disparition presque totale des fibres tangentiels de TUCZEK. La strie de BAILLARGER est elle-même peu apparente. Les fibres radiales et interradielles paraissent elles-mêmes diminuées de nombre.

**Cervelet.** — Dans les coupes du cervelet, traitées au picro-carmin et par les méthodes de Nissl et de WEIGERT pour la névroglie, on trouve des lésions appréciables. Dans la couche moléculaire quelques fibrilles névrogliques paraissent plus épaissies qu'à l'état normal. Les méninges et les vaisseaux sont également le siège d'une inflammation notable.

**Bulbe.** — Les coupes ont été prélevées au niveau de la partie moyenne des olives. Les cellules du noyau de l'hypoglosse paraissent normales. Par la méthode de WEIGERT pour la névroglie, on relève une légère sclérose des pyramides antérieures.

Ce cas apporte une nouvelle preuve de l'existence de la paralysie générale juvénile ; les auteurs, qui se refusent à l'admettre, doivent pourtant s'incliner

devant les lésions cérébrales révélées au microscope, en tout point comparables à celles que l'on rencontre dans le cortex du paralytique général adulte ; les symptômes peuvent varier légèrement mais les altérations nerveuses montrent qu'on est en présence d'une méningo-encéphalite diffuse. On comprend que si les symptômes, et principalement les symptômes psychiques, présentent quelques différences, il n'y a là rien d'étonnant si on considère que le cerveau est un organe dont l'évolution se poursuit jusqu'à un âge avancé de la vie. Les variantes du tableau clinique sont dues non pas à la différence des lésions, mais au développement différent des éléments nobles du cerveau ; chez l'adulte, ils sont arrivés à un point de développement plus avancé que chez l'adolescent.

Au point de vue étiologique, il nous est impossible, dans notre cas, d'invoquer la syphilis soit acquise, soit héréditaire. Nous relevons principalement une tare alcoolique chez le père ; c'est d'ailleurs un facteur étiologique que l'on rencontre très souvent. MM. COMBEMALE et MAIRET (1) ont montré que l'hérédité alcoolique pouvait provoquer chez les descendants une tendance à l'encéphalite.

L'âge auquel est apparue l'affection (dix-huit ans), la prédominance des troubles moteurs et l'évolution relativement lente de la maladie (cinq ans) s'accordent avec les observations des auteurs. Il semble, en effet, que la paralysie générale a une marche plus lente chez l'adolescent que chez l'adulte.

Le diagnostic de paralysie générale n'a jamais été douteux chez notre malade. Les crises convulsives qu'elle présenta dès le début de sa maladie pouvaient faire songer à l'épilepsie ; les renseignements que nous avons recueillis nous montrèrent que nous étions en présence d'attaques épileptiformes ; les symptômes concomitants, tels que embarras de la parole, tremblement fibrillaire des muscles, troubles oculo-pupillaires, affaiblissement progressif de toutes les facultés intellectuelles, contribuèrent à affirmer le diagnostic de paralysie générale.

#### Emotions mortelles

Par le docteur P. KÉRAVAL, directeur-médecin de l'asile d'Armentières

La question des émotions mortelles confine au roman. Mais elle est aussi du domaine de la réalité, quand

(1) COMBEMALE et MAIRET. — Nouveaux documents fournis par l'expérimentation à l'appui de la valeur de l'alcoolisme comme cause de paralysie générale. Congrès de Lyon, 1891.

dant les périodes troublées, les l'occasion même d'événements iques. Du reste la valeur affect tout aussi bien dépendre de attache celui qui les subit. Et dont il les supporte est en rap-constitution actuelle.

ous pas la tâche d'écrire un ce sujet. Qui dit émotion dit t mentaux correspondants. Il isons pour que la mort ne sur-luence de ces troubles par un e.

lleurs pas toujours subite : elle nplement préparée par un dé-ution prolongée, qui se produit a perturbation émotionnelle au ae du patient. Ce qui semble ération matérielle du même s cherchait, également rencon-phrase.

ence hospitalière nous ont mis orts rapides imputables à des és ou chez des sujets ayant été uent, étaient touchés en leur rtères.

ue nous allons rapporter aussi le. Il est déjà intéressant de s faits se sont produits, sinon ins à peu de distance l'un de mier semestre de l'année der-

rt par émotion s'est manifesté omme jeune et de complexion le 44 ans, dont voici l'histoire.

lésiastique qui, par suite de inutile d'énumérer, avait été questré comme aliéné, pour ne parlait rien moins que de nt un temps indéterminé. Il y s qu'il était enfermé. Il avait ombreux excès de toutes sortes luence l'attention de la justice, ire témoignait d'une dégéné- fort accusée.

paraissant améliorée, j'obtins t pour lui ce qui se fait pour tir à titre d'essai en des con-qualité de prêtre.

ment de décembre 1900 que ement consentie et arrêtée. A

ce moment-là se font remarquer pour la première fois quelques troubles de la parole, qui semble en quelque sorte empâtée. Il se plaint de temps en temps de douleurs vagues. Les mouvements sont lents, comme moelleux.

Le 26 décembre, il est entendu qu'il sortira le 28 du même mois au matin. Il prend alors, enchanté, toutes ses dispositions pour renaitre à la vie ecclésiastique. Le 27 décembre, pendant l'après-midi, il va faire ses adieux, en soutane, à tous ceux qui se sont occupés de lui dans l'établissement. Vers 4 heures 1/2 il fait appeler l'interne de garde auquel il se plaint de douleurs dans l'estomac, de vomiturations; il attribue ces malaises à un malencontreux verre de tisane de réglisse.

A 6 heures du soir il est frappé d'une *attaque congestive*. On le couche. En proie à une agitation continue, il se retourne continuellement dans son lit; il est aussi atteint d'une dyspnée qui rend sa respiration stertoreuse. Il exécute des mouvements constants à l'aide des bras tandis que les jambes demeurent immobiles. Le réflexe cornéen est aboli. A 11 heures, il est pris d'attaques épileptiformes subintrantes; il existe un tremblement généralisé auquel participent les muscles de la face et des yeux. Sueurs profuses.

Le 28 décembre, au matin le malade est dans le coma. Sous l'influence d'une saignée, il reprend un peu connaissance, ses gestes sont moins désordonnés. Il essaie de parler, mais ne peut arriver à articuler, en dépit des efforts qu'il fait pour se faire comprendre. Intégrité des viscères. Incontinence d'urine.

Le 29, état stationnaire. Quelque excitabilité.

Le 3 janvier 1901, éruption de muguet sur tous les organes de la déglutition. Strabisme intermittent. Gâtisme.

Le 6 janvier on enregistre de l'amélioration. Le patient reconnaît plus facilement les personnes qu'il voit, prononce quelques paroles, mais celles-ci sont incohérentes. Il a des illusions mentales, s'imaginer, par exemple, être en tout autre endroit. Il s'affaiblit notablement. Embarras de la parole. Les jours suivants l'affaiblissement progresse et il succombe le 11 janvier à une heure du matin.

L'autopsie n'a pu être faite. Nous nous bornerons donc à signaler les accidents cérébraux congestifs en rapport certain avec des lésions cérébrales, et leur apparition brusque à la suite d'une *joie intense*. Evidemment le malheureux croyait être enfermé à tout jamais, et il se voyait tout à coup délivré! Comment cette joie a-t-elle ainsi réagi? Le mauvais état des artères et aussi peut-être du cerveau n'est pas étranger au dénouement. Car on est encore en droit de penser qu'on a eu affaire à une de ces paralysies générales latentes ou saccadées d'origine alcoolique, qui aura subi un coup de fouet de la part de l'émotion agréable en question.

Voici maintenant deux décès préparés et précipités par une émotion *désagréable*, que les gens sensés qualifieront, assurément, de bien futile.

M. Po... J..., cordonnier, âgé de 65 ans, est entré à

l'asile le 8 décembre 1884, pour la seconde fois. C'est un homme vigoureux atteint d'un délire des persécutions que l'on peut résumer ainsi.

Il se croit depuis de longues années sous l'influence de manœuvres magnétiques, pratiquées sur lui par des prêtres et des médecins religieux comme il dit. Ces influences sont cependant contrebalancées par des médecins républicains et des francs-maçons. Nous copions en les condensant les nombreuses pages qu'il a écrites sur ce sujet.

« Les curés, à l'aide du magnétisme que lui, Po..., connaît bien, mais dont il n'a pas le secret, lui font d'infâmes tortures, l'affaiblissent, l'insultent, s'introduisent chez lui par toutes sortes de déguisements. Il s'est plaint bien des fois aux autorités. Une bande de vampires le torturent secrètement. Il a eu néanmoins une force de volonté telle que, sans les insultes personnelles dont il était l'objet de la part de sa femme, et de celle d'autres personnes, jamais on n'aurait su tout ce qu'il a souffert. Il a tout pardonné à ses proches et à ses amis, parce qu'ils ne l'insultaient que sous une influence qu'ils étaient incapables de comprendre.

» Le repère (sic) de ces curés vampires était le château situé près de sa maison. Ils sont tous venus chez lui sous des déguisements, sauf le curé de sa paroisse.

» C'est pourquoi il est républicain incorruptible et nullement exalté. Un talisman infâme le torture et lui dit à chaque instant qu'il est condamné à mort par les prêtres, en l'insultant.

» Un jour l'aumônier de l'asile s'arrête à son lit et dit : « s'il arrive un grand événement, Rome le prendra. » Or ce grand événement, c'est le renversement de la République... Que faut-il donc, pour prouver la scélératesse de ces vautours-là ? »

Sous l'influence de ces idées délirantes provoquées et entretenues par des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, Po... a menacé de frapper avec son tranchet, il a donné des coups à sa femme en lui disant qu'il avait le droit de la tuer sans que la justice y mette le nez. Au surplus, a-t-il ajouté, il veut tuer, pour être tué à son tour et être débarrassé des tortures qu'on lui fait occultement subir.

La description précédente est suffisamment nette. C'est un homme qui a lu beaucoup de livres sur le magnétisme et la magie, sans discernement.

L'existence réglée de l'établissement imprima à son attitude une forme différente. Occupé au service de la distribution et du magasin des approvisionnements, il ne laissait plus transpirer son délire. On avait peine à lui en tirer quelques bribes. Cependant en causant habilement avec lui, on finissait par obtenir la même profession de foi. Malgré cela il jouissait d'une extrême liberté, et sortait en ville.

En 1900, une poussée de rhumatisme articulaire aigu semble ranimer ses préoccupations : il délire ouvertement, est agité. L'agitation se calme, le rhu-

matisme guérit, mais Po... est hanté de ses idées délirantes. Il fait son testament par lequel il lègue des écoles laïques. A tout instant il parle de ses dispositions testamentaires.

Aussi le fais-je surveiller de près. Les premiers jours de mai 1901, je lui fais dire qu'il avait en sa possession, dans son lit, des malades, lui dis-je.

Cette décision lui est excessive. Le 2 juin, il est confus, désorienté, ne peut tenir debout ; son obnubilation augmente. Il perd tout à fait connaissance. Le marasme, enfin dans le comble, le tue le 26 juin. Les phénomènes congestifs de l'autopsie n'ont pu être effectués.

La dernière observation clinique, celle du délire général dont l'affection a duré 17 ans, depuis qu'il est entré à l'asile le 8 décembre 1884, est mort le 26 mai 1901. Comme choc moral a déterminé la mort, une hémorragie cérébrale.

Myst..., A., exerçant la profession de médecin, né en Pologne le 6 juin 1844. Il est entré à l'asile le 15 mars 1881, venant de la maison d'arrêt de Paris.

Dès son arrivée le diagnostic de délire progressif est d'emblée affirmé. Les observations médicales avec hallucinations et illusions de sens, le rapport médical constate ce qui suit :

» Ce malade voit et entend des personnes qui ne sont pas là. Il prend des étrangers pour des parisiens. Très content de lui, il est très satisfait de sa situation. Il a, dit-il, de la dignité, de l'empereur, grand médecin, grand orateur, grand discours.

» Sa mémoire est très affaiblie, il oublie tout. Un peu excité, il décharge sa colère sur les autres. Embarras de la parole, langue et des mains, inégalité pupillaire, marche vacillante.

» La sensibilité est très émue, continue se traduit par de la loquacité, de l'agitation.

» L'affection est tellement avancée qu'il est impossible d'instituer de traitement ; on se contente de combattre les complications qui surviennent.

L'excitation sus-énoncée persiste. La rémission s'installe au point de vue de la parole. Elle commence en décembre de cette année. En décembre 1892, il est com-  
rémision de paralysie générale : l'excitation est relatée.

Le 3 avril 1895, nous constatons la paralysie.

Le 6 novembre 1899, c'est un v



ou chez un malade dont l'activité cardiaque est affaiblie, qui a des troubles congestifs, qui est alcoolique ou diabétique, sous l'influence d'une forte secousse morale, ou sous l'action d'une dilatation pupillaire intempestive par l'atropine malencontreusement prescrite, s'installent brusquement des douleurs violentes, parfois atroces, s'irradiant de l'œil le long des branches du trijumeau, vers le front, la tempe, la mâchoire, supprimant l'appétit, le sommeil, amenant la fièvre, parfois des vomissements. L'acuité visuelle baisse rapidement ; le champ visuel se rétrécit fortement, surtout du côté nasal.

A l'examen on constate une violente réaction inflammatoire, paupières œdématisées, conjonctive chémotique, cornée dépolie et insensible au toucher, chambre antérieure effacée, iris décoloré, pupille très dilatée de forme ovale avec reflet vert grisâtre. Inutile de recourir à l'ophtalmoscope ; le trouble des milieux transparents rend son emploi impossible. La tension est exagérée au maximum, l'œil est dur comme une bille.

C'est l'*attaque de glaucome aigu*, le glaucome inflammatoire. Les symptômes esquissés seulement dans l'attaque prodromique ont ici toute leur intensité. Quelquefois même la cécité peut être complète et définitive en quelques heures, c'est le *glaucome foudroyant* ; le plus souvent l'attaque se calme après quelques jours, quelques semaines, laissant l'acuité visuelle fortement diminuée.

3° Chez un vieillard artérioscléreux se sont produites depuis quelques semaines des hémorragies rétinienues, mais le tonus est resté normal, le champ visuel a ses dimensions. Rien ne fait prévoir le glaucome imminent. Brusquement la scène change, le sujet est pris de douleurs oculaires et circumorbitaires atroces, accompagnées d'éclairs brillants, l'œil s'injecte, durcit à l'extrême, devient inéclaire, la vue diminue aussitôt ; en quelques heures tout est irrémédiablement perdu. Tel est le *glaucome hémorragique*, rare heureusement.

4° Un malade a déjà eu plusieurs attaques de glaucome aigu ou subaigu ; au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre, mais l'acuité visuelle a un peu baissé. Si l'on n'intervient pas, d'autres attaques éclatent à intervalles de plus en plus rapprochés. Généralement moins intenses au point de vue des symptômes inflammatoires et douleurs, elles ont pour conséquence une diminution plus notable de la vision. Peu à peu les rémissions vont se faire moins complètes, la pupille restera dilatée et l'œil hypertone dans l'intervalle des accès ; l'acuité visuelle se perdra entièrement au bout de quelques mois. Alors le globe est désorganisé, sur la sclérotique d'un blanc bleuâtre prédominent les veines ciliaires antérieures gorgées de sang, la cornée est brillante, transparente, mais insensible, la chambre antérieure peu profonde ; l'iris réduit à une mince bande grise, qui parfois se cache derrière le limbe, est bordé d'un large liseré noir au niveau de

la pupille ; celle-ci large, immobile, paraît verdâtre ou d'un gris sale.

L'œil est dur comme une pierre ; la pupille entourée de l'aurole glaucomateuse, est profondément excavée, cupuliforme ; les vaisseaux décrivent des crochets aplatis caractéristiques. Plus tard le cristallin pourra s'opacifier (cataracte glaucomateuse) ; on pourra voir dans la région équatoriale des bosselures ectatiques, noirâtres. Bien que l'œil soit absolument aveugle, le patient vous dira voir encore un peu de lumière, sous forme d'un brouillard lumineux, plus fort certains jours. Les douleurs réapparaissent souvent, violentes, intermittentes ou continues.

C'est là le tableau du *glaucome absolu* qui se terminera habituellement par l'atrophie du globe, et qui dans d'autres cas aboutira à l'iridocyclite et à la panophtalmie.

5° Un malade a des prodromes de glaucome avec obnubilations passagères de la vue et hypertonie légère ; les accès se répètent ; ils sont peu marqués et sont suivis de rémissions qui peu à peu deviennent moins franches ; la tension reste un peu augmentée ; il persiste une légère injection ciliaire qui peut du reste passer inaperçue. L'hypertonie ne se manifeste que par des modifications du fond de l'œil, veines volumineuses, pouls artériel, papille tendant à s'excaver. S'il n'est pas soigné, ce *glaucome chronique irritatif* aboutira rapidement à la cécité.

6° Un individu d'âge avancé, confinant à la sénilité, se présente à nous. Il vient de s'apercevoir par hasard qu'un de ses yeux est presque aveugle.

Ou bien il vous dit que sa vue diminue progressivement ; qu'il a peine à se conduire seul depuis quelque temps, et que cependant il peut encore lire ou exécuter des travaux délicats. Interrogez-le, c'est à peine s'il se souvient au début de l'apparition intermittente d'un brouillard. Il n'a jamais souffert ; l'œil est resté extérieurement normal.

A l'examen de ce malade, le champ visuel est considérablement rétréci, surtout du côté nasal, la vision a baissé lentement et graduellement ; cependant l'acuité visuelle centrale a pu longtemps rester assez bonne. En interrogeant la tension, on voit que l'œil est légèrement hypertone. En examinant le fond de l'œil, la papille est totalement excavée, entourée d'un halo glaucomateux, avec des bords taillés à pic et un coude des vaisseaux. Les artères sont petites, les veines gonflées.

L'affection a évolué insidieusement. Ce n'est que dans quelques cas que des attaques subaiguës ont pu attirer l'attention. Tel est le *glaucome chronique simple*, qui est essentiellement le glaucome sénile.

**INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES.** — L'hypertonie étant cause de tout le mal, l'indication primordiale est de chercher à abaisser la tension intraoculaire ; or, la contraction pupillaire diminue cette



{ Nitrate de pilocarpine . . . . . 10 à 20 ctgr.  
 { Eau distillée . . . . . 10 gr.

et instillez quelques gouttes dans l'œil, quatre à six fois par jour.

Associez ou non à ces collyres, quelques minutes avant, le collyre à la cocaïne à 0,20 pour 10. Joignez des lavages à l'eau boriquée tiédie.

**TRAITEMENT CHIRURGICAL.** — C'est le traitement essentiel du glaucome aigu. L'opération de choix est l'iridectomie.

**Iridectomie.** — Excellente dans le glaucome aigu ou subaigu, où elle arrêterait le processus dans la moitié des cas, à la condition d'être faite hâtivement, l'iridectomie est également indiquée dans le glaucome inflammatoire chronique, où elle doit être faite dans l'intervalle des accès.

Elle est beaucoup moins utile, à peine recommandable dans le glaucome simple ; elle ne doit être faite qu'avec une extrême prudence dans le glaucome absolu, et il faut bien se garder de la pratiquer dans le glaucome hémorragique.

Voici résumé le manuel opératoire :

La région étant antiseptisée et l'œil anesthésié, faites avec la pique ou le couteau (selon la profondeur de la chambre antérieure) une incision en arrière du limbe, dans la sclérotique, et non dans la cornée. Retirez lentement la lame. Introduisez la pince fermée, ouvrez les mors, saisissez l'iris à égale distance du bord et de la périphérie, attirez-le au dehors ; sectionnez-le de façon à faire une iridectomie très large, périphérique, en trou de serrure. Excisez jusqu'au bord ciliaire de façon à empêcher la reproduction de la soudure de Knies, qui oblitérerait de nouveau les voies d'excrétion.

Réduisez avec la spatule les angles du colobome. Evacuez autant que possible le sang de la chambre antérieure. Mettez dans le cul-de-sac un peu de pommade à l'ésérine. Pansez antiseptiquement.

Vous ferez de préférence l'iridectomie en haut, de façon que le colobome caché par la paupière supérieure ne produise pas d'éblouissement.

Si vous avez fait l'iridectomie assez tôt et si elle est efficace, vous pouvez obtenir avec la diminution du tonus la suppression des douleurs et le rétablissement de la vision, telle qu'elle était avant l'attaque. Si l'accès durait depuis plusieurs jours, si la vision était presque disparue au moment de l'intervention, le pronostic est infiniment plus mauvais.

Notez aussi que l'iridectomie, même bien faite sans blessure du cristallin, a pu amener de la cataracte, et que d'autre part dans certaines formes chroniques (glaucome malin) elle ne fait qu'aggraver la marche. Ces cas sont rares heureusement (2 o/o).

**L'iridectomie n'est pas possible.** — Des procédés multiples ont été imaginés pour remplacer l'iridectomie ou pour

permettre une intervention dans les cas où cette opération n'est pas possible.

Si l'iridectomie n'est pas indiquée, vous ferez la sclérotomie soit antérieure, soit postérieure.

a) La **sclérotomie antérieure** consiste en une ponction et une contreponction de la sclérotique tout près du limbe avec section incomplète de la sclérotique et débridement de l'angle iridien.

Moins efficace que l'iridectomie, elle respecte l'iris et fait courir peu de dangers à l'œil opéré. Elle peut être une opération d'attente, elle est supérieure aux simples paracentèses de la cornée.

Elle réussirait surtout dans quelques cas de glaucome chronique, surtout si on la fait suivre de malaxations du globe à travers les paupières, répétées tous les jours.

b) Si vous avez affaire à un glaucome hémorragique ou à un glaucome absolu pour lequel l'énucléation va être la seule ressource, avant de vous y décider, essayez la **sclérotomie postérieure**, qui consiste en une simple ponction de la sclérotique avec un fin couteau en arrière de la zone ciliaire, entre le droit interne et le droit inférieur. On retire lentement le couteau après lui avoir fait faire un quart de tour, pour entrebâiller les lèvres de la plaie et faire une plaie angulaire.

Si la tension oculaire est considérable, si la chambre antérieure est effacée, la sclérotomie postérieure, mieux encore que la paracentèse de la cornée, sera préparatoire à l'iridectomie. Elle vous évitera les désastres que peut faire naître l'iridectomie sur un œil hypertendu (luxations du cristallin, hémorragies intraoculaires graves).

c) Une opération de date récente, mais reposant sur une base, rationnelle est l'**incision de l'angle iridien**. C'est le débridement à l'aide d'une aiguille tranchante, de l'angle de la chambre antérieure sur la moitié de la circonférence de la cornée. Cette opération, qui ouvre les voies de filtration sur une grande étendue, donnerait de bons résultats dans le glaucome prodromique et dans le glaucome chronique simple, quand les myotiques semblent avoir épuisé leur action, peut-être dans le glaucome hémorragique.

**L'affection progresse malgré tout.** — Enfin quand l'affection progresse en dépit de tous les traitements institués, dans les cas où l'iridectomie est dangereuse, où la sclérotomie n'a rien donné, en cas de glaucome chronique ou hémorragique ou absolu, on est autorisé à tenter la **sympathicectomie** ou résection du ganglion supérieur du sympathique cervical, opération sur laquelle je n'ai pas à insister ici. Indépendamment des phénomènes consécutifs à la section du sympathique, ptosis, congestion de la face, larmolement, rétrécissement de la pupille, cette intervention aurait pour résultat la diminution de la tension intraoculaire, la cessation des douleurs péri-orbitaires et l'amélioration de





observée chez les muets de ce genre. Une nouvelle séance d'hypnotisme ne donna pas meilleur résultat : après le sommeil, obtenu sans peine, l'état n'était point modifié. Au bout d'une quinzaine, le malade annonça qu'il avait consulté tous ceux qui auraient pu le faire sortir de son silence involontaire et que Paris lui réservait sans doute la guérison. Il y partit et on a appris indirectement qu'il en était revenu guéri par suggestion, parlant mieux que jamais, et sans doute enchanté d'en être quitte en moins d'un mois.

Cette histoire ne tranche pas sur les observations analogues dont NATIER a donné en 1887 une si bonne description d'ensemble et dont on en connaît des centaines. Mais chacune est frappante par les circonstances étranges qui l'entourent et qui sont bien faites pour frapper l'imagination. Ces sujets sont tout à fait dans la situation des aphasiques sous-corticaux : le lien qui unit leur centre de Broca à leur centre moteur de la langue et des lèvres est rompu momentanément. On a vu quelle longue durée cet accident peut avoir : il faut ajouter que les récidives sont d'une fréquence notable. C'est un point noir dans le pronostic.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous apprenons avec la plus vive satisfaction que MM. les docteurs OUI et AUSSER, professeurs agrégés de la faculté, ont obtenu de la Société des Sciences de Lille chacun un prix PINGRENON, de la somme de 250 francs, pour leurs travaux sur la mortalité infantile à Lille.

— Nous avons plaisir à relever parmi les distinctions honorifiques accordées au corps enseignant à l'occasion du 14 juillet, les nominations comme **Officiers d'Académie**, de MM. les professeurs-agrégés GÉRARD Ernest, GÉRARD Georges et CARRIÈRE. Nous adressons à nos collègues nos meilleures félicitations à ce sujet.

— Nous relevons parmi les récentes mutations dans le **Corps de santé militaire** intéressant notre région, celles de MM. les docteurs GRUSON, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe désigné pour le 91<sup>e</sup> d'infanterie à Mézières (Ardennes); RENAUD, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe désigné pour le 1<sup>er</sup> bataillon d'artillerie à pied, à Lille; COUTOIS, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe désigné pour le 3<sup>e</sup> chasseurs à cheval à Abbeville (Somme).

— Dans sa séance du 12 juillet, la **Société de Biologie**, a élu M. le docteur DELEZENNE, de l'Institut Pasteur, de Paris, membre titulaire. Nous adressons toutes nos félicitations au docteur DELEZENNE, qui fut élève de notre faculté de médecine.

— Le **Concours pour l'Internat** e  
taux de Lille aura lieu le 3 novembr  
ultérieure annoncera le nombre des

— Les concours pour les prix de fin  
16 et 21 juillet :

\*. Les candidats de première ann  
de composition écrite : *Couches op*  
l'épreuve pratique comportait en u.  
nes.

Présentés ex-æquo pour la prem  
et PAQUET ont dû faire une troisièm  
au programme et qui a consisté en  
différents organes sur pièces sèches.  
ont été présentés ex-æquo pour la r

\*\*. Les candidats de seconde ann  
*de la miction; preuves de l'existence*  
*sécrétoires; différentes variétés de leu*  
L'épreuve pratique a porté sur la r  
*préparations d'histologie normale.* L  
le prix M. DESCARPENTRIES; pour ut  
M. POLLET; MM. DOUAY et BUTR  
classés.

\*. Les candidats de troisième a  
comme question écrite, *du Tétano*  
*Erysipèle*; à l'oral, le malade donné  
*eberthienne de la 4<sup>me</sup> côte droite*; *médecine opératoire* a consisté en  
*poignet.* M. CAUDRON a été classé  
second.

\*\*. Les candidats de quatrième an  
à l'écrit *des accidents de la lithiase bi*  
*sion de l'utérus gravis*, — il restait  
*tiques du foie et accidents de la délir*  
à l'épreuve clinique un malade p  
*Reichmann avec ulcère et spasme pylc*  
d'anatomie pathologique ils ont eu  
*parations de foie gras, d'emphysème*  
*d'ulcérations typhiques de plaques de*  
proclamé premier ~~Mur~~éat, M. DA  
pour la mention honorable.

### SOUTENANCES DE

M. F. C. DEROT, de Bauvin (No  
succès, le mercredi 23 juillet, sa thè  
n° 100), intitulée : **Psychoses typh**

— M. H.-E.-J. LAGACHE, de Beau  
des hôpitaux de Tourcoing, externe  
a soutenu, avec succès, le jeudi  
doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 101), intitul  
**emploi en oto-rhino-laryngologie.**

— M. J.-E.-A. BRIDOUX, de Bet  
soutenu, avec succès, le vendredi

doctorat intitulée : **Contribution au traitement des abcès et**

**Notre**

Le docteur BRULANT, de  
de la naissance de sa fille T  
excellent confrère nos mei  
l'enfant.

**Distinctions**

**Légion d'honneur.** —

MM. les docteurs IMBEAUX,

**Instruction publique.**

*d'Académie*, MM. les docteurs  
Garonne); PANNÉ, de Neve  
(Saône-et-Loire); VERNEUIL.

**Mérite agricole.** — Sont :

RIBES, de Guchen (Hautes-P  
docteurs BILHAUT, de Paris ;  
FRUGIER, de Nexon (Haute-V

**Médaille des épidémies.** —

*d'or*, à M. le docteur RAYNA  
civil d'Alger ; la *médaille*  
PERRET, médecin chef de l'  
UZAC, médecin au 1<sup>er</sup> chas  
interne de l'hôpital civil d  
*bronze* à M. CHARVIN, intern

**UNIVERSITÉS**

*Montpellier.* — M. le profe  
trois ans, directeur de l'Éco

*Tours.* — M. le pharmacie  
neuf ans, chef des travaux d

*Nancy.* — Il est créé un di  
à l'usage des étrangers.

**Nécro**

Nous avons le regret d'ani  
de MM. les docteurs CHASSAG  
EYRIES, de Marseille (Bouches  
de la marine ; Roux, de Chir  
de Courville (Eure-et-Loir) ;  
the-et Moselle) ; ORDENSTEIN

**OUVRAGES DÉPOSÉS AUI**

— *Constitution de la thérape*  
*J.-B. Baillière et fils, Paris, 1902*

**PHTISIE, BRONCHITES, CA**  
**Marchais** est la meilleu  
diminue la toux, la fièvre et l  
*rées à café par jour dans lait,*

D

**RECONSTITUANT DU**  
**NEUROSIN**  
*(Phospho-Glycer*

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphilitique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : La rage, par M. C. Guérin, médecin-vétérinaire. — Un cas de non-consolidation de fracture du fémur, par le professeur H. Folet. — ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES. — VARIÉTÉS ET ANECDOTES. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### La Rage

Leçon faite à l'Institut Pasteur le 20 juin 1901

par M. C. Guérin, médecin-vétérinaire, chef de laboratoire.

MESSIEURS,

La rage est une maladie contagieuse qui, dans les conditions ordinaires de la vie, frappe surtout les carnassiers et notamment le chien, mais qui peut se transmettre à tous les animaux domestiques et même à l'homme. Dans la grande majorité des cas, elle résulte de la morsure d'un chien enragé ; mais on peut aussi la faire naître par l'inoculation de la salive, de la bave ou de la substance nerveuse d'un animal enragé quelconque. Elle figure parmi les maladies visées par la loi du 21 juillet 1881.

La rage est connue de toute antiquité, les anciens l'ont bien décrite et Celse le premier la dépeint « la plus terrible des maladies dans laquelle le patient est torturé à la fois par la soif inextinguible qu'il ressent, et par la répulsion invincible qu'il éprouve pour

l'eau ». CELSE était surtout médecin et cette citation le prouverait s'il était besoin, c'est qu'en effet l'hydrophobie, l'horreur de l'eau, est un symptôme tout à fait particulier à l'homme enragé, aucun de nos animaux domestiques ne le manifeste. Il est d'ailleurs démontré que l'homme enragé n'a véritablement pas horreur de l'eau, mais il éprouve une sensation désagréable à la vue de ce liquide. La rage se traduit presque toujours au début par une hyperexcitabilité de tous les sens ; et l'agitation de l'eau, le scintillement particulier qui se fait à sa surface exagèrent au plus haut point ces sensations pénibles. Si au contraire le liquide est contenu dans un vase opaque et couvert, de façon que le malade ne puisse le voir, ni entendre le bruit produit par son agitation, il la boit avec une satisfaction évidente.

Il faut donc rejeter le mot hydrophobie, et conserver celui de rage qui a une signification bien précise, et qui a l'avantage de ne rien préjuger de la nature de la maladie.

La rage est peut-être la maladie de nos animaux la plus universellement connue : l'enfant dès qu'il peut parler et comprendre apprend son nom qui éveille en lui la crainte et l'effroi. C'est une maladie dont l'incubation est très longue ; il peut s'écouler des mois sans qu'aucun trouble, qu'aucun prodrome décelé l'apparition de cette terrible maladie. Et pendant tout ce temps l'individu mordu peut donner libre carrière à son imagination, ses nuits sont sans sommeil, han-

tées de rêves abominables, l'existence est pour lui un véritable supplice contre lequel il n'est pas de remède.

Aussi, autrefois, alors qu'on ne connaissait encore aucun traitement efficace pour empêcher l'inoculation de la morsure rabique, les vétérinaires qui faisaient l'autopsie d'un chien qui avait mordu affirmaient toujours énergiquement que l'animal n'était pas enragé. Aujourd'hui, au contraire, dès que l'on a le moindre doute, il faut dire aux intéressés tout ce qu'il en est, en les rassurant et leur recommandant d'aller se faire traiter sans retard aux Instituts Pasteur.

Nous commencerons l'étude de la rage par sa symptomatologie chez le chien. Il est très important, en effet, de bien connaître ses manifestations chez cet animal, surtout celles du début.

On se figure en général que la rage se caractérise d'emblée par des accès de fureur ; que le chien enragé devient tout à coup féroce et que subitement poussé par un instinct irrésistible il ne songe plus qu'à mordre, qu'à déchirer ceux qui l'approchent, même les personnes qu'il affectionnait le plus. C'est une des nombreuses idées fausses qui environnent l'histoire de la rage et cette idée fausse peut devenir funeste, si, comme c'est la règle, elle conduit à négliger toute précaution contre un chien qui déjà est certainement malade, mais dont on ne se méfie pas parce qu'il n'essaie pas de mordre. Or, bien avant que le chien enragé ne songe à mordre, sa salive est virulente et rappelez-vous qu'elle peut donner la rage par une caresse ou un léchement tout aussi sûrement que par une morsure ; et c'est évidemment en matière de rage qu'un coup de langue peut être surtout mortel.

Tout au début, le chien enragé change d'humeur ; il devient triste, sombre, inquiet, taciturne ; il recherche la solitude, l'obscurité, le silence ; il reste plus longtemps couché qu'à l'ordinaire ; il est moins attentif et moins vigilant : il ne se mêle plus aux jeux des enfants, ses camarades habituels, on ne le voit plus sauter autour d'eux, frétilant de la queue, quêtant une caresse. L'appelle-t-on il lève la tête, baisse les oreilles, remue un peu la queue, lentement, nonchalemment, et fixe sur le maître un long regard empreint de tristesse ; mais il reste dans son coin ; il faut insister, hausser la voix pour qu'il se lève et s'approche à demi rampant conscient de sa désobéissance. Souvent alors, il semble vouloir racheter son défaut d'empressement par une exagération de ses manifestations affectueuses, de ses léchements habi-

tuels. Méfiez-vous toujours du chien familier qui semble plus caressant qu'à l'ordinaire. Ces caresses peuvent être empoisonnées et la rage peut en être la conséquence. — Il n'a pourtant encore aucune envie de mordre, il est bien portant en apparence, il mange et il boit, comme à l'ordinaire, parfois même son appétit semble accru ; il dévore pour ainsi dire les aliments qu'on lui présente, et il peut en résulter de véritables indigestions bientôt suivies de vomissements.

Très vite les symptômes du début s'accroissent : l'animal recherche les coins obscurs ; il se cache sous les meubles, sous la litière de l'écurie, derrière les tas de bois. Mais il n'y reste pas longtemps : à peine s'est-il couché en rond comme s'il allait dormir, qu'il se relève subitement, va et vient, se recouche de nouveau pour se relever encore, et toujours ainsi, la nuit comme le jour ; il est dans un état continuel d'inquiétude et d'agitation qui contraste avec toutes ses habitudes et qui frappe les personnes les moins attentives, surtout s'il s'agit d'un chien d'appartement.

Mais ces premiers symptômes vont toujours en s'aggravant : si le chien est dans sa niche, il disperse sa litière, l'éparpille et la brise ; dans l'appartement il retourne et bouleverse les coussins et les tapis sur lesquelles il couche : le repos n'existe plus pour lui : il est sans cesse en mouvement, grattant le sol, flairant dans les coins ou sous les portes, comme s'il était sur une piste ou à la recherche d'un objet perdu.

Il n'est pas rare de voir alors survenir des troubles intellectuels, de véritables hallucinations : on le voit s'arrêter tout à coup, une patte relevée, la queue droite, l'œil fixe, comme en arrêt ; puis, après quelques secondes, il quitte l'arrêt pour reprendre son manège ordinaire. Un peu plus loin, le voilà qui, subitement, sans cause appréciable, sans provocation aucune, se précipite en avant, aboyant avec fureur, les yeux fulgurants, féroces, comme s'il venait d'entendre un chien ennemi dans la pièce voisine, de l'autre côté du mur ou derrière une porte. D'autres fois enfin, il s'arrête immobile, les membres à demi-fléchis, comme aux aguets ; puis, tout à coup, il bondit, se lance en avant et mord en l'air comme s'il voulait happer une mouche au vol.

Déjà à ce moment, le chien est moins docile à la voix de son maître ; il ne répond plus au premier appel, on dirait qu'il est si profondément absorbé par ses tristes pensées, qu'il n'entend pas. Si le maître

insiste haussant la voix, le chien accourt encore manifestant son obéissance et sa fidélité par des caresses et des lèchements ; mais parfois au milieu d'une caresse, survient une hallucination nouvelle et la pauvre bête recommence une des scènes que je viens de vous esquisser.

Ces changements d'humeur n'ont rien qui réponde à l'idée que l'on s'est faite des manifestations furieuses de la rage ; ils ont pourtant une importance capitale, une signification formelle. Dès lors, le chien est enragé et peut communiquer la rage. Le maître doit donc l'enfermer ou l'enchaîner et le surveiller de très près.

Rappelez-vous bien ce principe salutaire : Tout changement dans les habitudes ou dans les allures d'un chien, doit le faire considérer comme suspect de rage, et le faire traiter comme tel, jusqu'à ce que l'on sache exactement la cause des modifications survenues.

C'est une opinion généralement répandue qu'un chien qui mange et surtout qu'un chien qui boit n'est pas enragé. Opinion funeste et qui a causé la mort de bien des gens, il n'est pas de préjugé plus répandu et plus funeste. Or on ne saurait trop le répéter, le chien enragé continue à boire, il n'est pas hydrophobe, et il ne le deviendra à aucune période de la maladie. Il éprouve, au contraire, une soif ardente qu'il cherche à satisfaire par tous les moyens en son pouvoir ; on a vu des chiens enragés faire une très longue course pour aller étancher leur soif à un ruisseau qu'ils connaissaient.

Mais si le chien enragé n'a pas horreur de l'eau, s'il recherche au contraire toutes les occasions de satisfaire la soif qui le dévore, il peut arriver qu'il lui soit impossible de boire, la rage provoque souvent des spasmes du pharynx, de telle sorte que le malheureux animal est incapable d'avaler même une gorgée d'eau. On le voit alors plonger la tête dans le liquide, l'agitant violemment, le mordant en quelque sorte, faisant des efforts désespérés, sans parvenir à déglutir même une goutte de liquide, son attitude est telle qu'on croirait qu'un os ou qu'un corps étranger s'est arrêté dans l'arrière-gorge. Que de gens n'a-t-on pas vus victimes de leur imprudente affection, s'inoculer la rage en voulant retirer l'os que leur chien avait dans la gorge.

Méfiez-vous du chien qui semble avoir un os dans

la gorge, il y a neuf chances sur dix au moins, pour qu'il soit enragé.

Bientôt, deux ou trois jours après les premiers signes, apparaît un symptôme des plus importants qui permet, à lui seul, d'affirmer l'existence de la rage. La voix du chien enragé se modifie profondément ; de temps en temps, sans provocation aucune, l'animal pousse un hurlement bizarre, d'un timbre étrange, inaccoutumé, tout à fait différent du timbre habituel. Le hurlement rabique est formé de deux tons différents bien distincts ; le premier, c'est un véritable aboiement, plus rauque peut-être, un peu enroué comme celui du chien courant à la fin de la chasse, il rappelle aussi, comme timbre, la toux du croup. A cet aboiement rauque, succède aussitôt une sorte de gémissement prolongé, sur un timbre beaucoup plus aigu. Il est bien difficile de décrire par des mots le hurlement du chien enragé ; il vaudrait cent fois mieux l'entendre : qu'il l'a entendu une bonne fois, ne l'oublie plus.

Tous les chiens enragés ne hurlent pas, il en est qui sont muets dès le début de la maladie. Ceux-là ont ce que l'on appelle la rage mue, ils sont beaucoup moins dangereux que les autres, parce qu'ils ont les mâchoires paralysées. L'aspect du chien atteint de rage mue est caractéristique ; la gueule reste béante par l'abaissement de la mâchoire inférieure ; la langue est pendante, violacée, couverte de poussière, l'œil est terne, mort pour ainsi dire. Un tel animal ne serait pas dangereux, si son propriétaire n'avait pas toujours l'idée d'aller à la recherche de l'os qui semble s'opposer au rapprochement des mâchoires, et rappelez-vous que la salive de ce chien est tout aussi virulente que celle du chien atteint de rage furieuse.

Quand la voix du chien devient enrouée, le moment approche où il va irrésistiblement être poussé à mordre ; il est toujours aussi agité ; pendant son manège incessant, on le voit souvent s'arrêter pour lécher le sol, le pavé, le plancher ; ou bien encore il ramasse un morceau de bois ou de cuir, quelques brins de paille, une pantoufle, une loque, un objet quelconque qu'il emporte dans un coin ou dans sa niche. Cet objet il le lèche d'abord, puis il le mordille, puis il le broie et le déchire, enfin il en avale des fragments. Tout lui est bon : la litière ou la paroi de sa niche, les tapis, les coussins, les chaises, les fauteuils de l'appartement, les panneaux des colliers, les cuirs



matière l'abstention peut entraîner mort d'homme, en cas de doute il faut toujours conseiller aux personnes d'aller suivre le traitement à l'Institut Pasteur.

Chez les herbivores il n'est pas rare de trouver du sucre dans l'urine contenue dans la vessie, le fait a été signalée par M. Roux.

Rien de semblable chez le chien. Cette glycosurie est intéressante à consulter au point de vue scientifique, elle concorde en effet avec la localisation primitive du virus rabique, dans les centres nerveux et surtout dans le bulbe, l'irritation de ce dernier, ainsi que l'a démontré Cl. Bernard, aboutissant à l'apparition de sucre dans l'urine.

Jusqu'à ces derniers mois tous les auteurs qui se sont occupés de l'étude histologique des lésions nerveuses dans la rage, avaient paru ne chercher ces lésions que dans les centres nerveux. On ne trouva d'abord que des lésions vasculaires accompagnées d'une infiltration de la substance blanche et de la substance grise par des éléments cellulaires ronds.

A partir de 1890 les auteurs étudient surtout les lésions cellulaires. Babes appelle l'attention sur les foyers miliaires périculaires déjà décrits par Kolesnikoff et Coats, il leur donne le nom de *tubercules rubiques*. Ces tubercules constitueraient quelque chose de spécifique, au point que leur présence seule dans une partie quelconque du névraxe, permettrait de porter le diagnostic de rage. Malheureusement, ces lésions ne sont pas constantes; et leur absence n'autorise pas à porter un diagnostic négatif.

Il y a quelques mois, MM. Van Gehuchten et Nélis annoncèrent avoir constaté la présence constante de ces lésions, dans les ganglions nerveux périphériques. C'est dans ces ganglions que le virus rabique exerce de préférence son action délétère. Cette action nocive du virus rabique, se traduit en dehors par une pullulation abondante des cellules de la capsule endothéliale, entraînant à sa suite la destruction d'un nombre considérable de cellules nerveuses.

Rien n'est plus démonstratif à cet égard que la comparaison d'une coupe d'un ganglion spinal du chien normal avec la coupe d'un ganglion d'un animal mort de rage. Tandis que dans la première, les cellules nerveuses volumineuses, serrées les unes contre les autres, occupent complètement la capsule endothéliale qui leur est réservée, on voit dans le ganglion rabique, qu'un nombre considérable de cellules nerveuses ont disparu et sont remplacées par

des amas de petites cellules rondes formant des nodules cellulaires plus ou moins nettement séparés des parties voisines. Les cellules nerveuses qui persistent présentent des lésions variées dans leur protoplasma et dans leur noyau.

Ces auteurs disent que ces lésions spécifiques des ganglions cérébro-spinaux se sont reproduites chez tous les animaux rabiques qu'ils ont pu se procurer et même chez deux hommes morts de rage. Malheureusement dans un deuxième mémoire du mois d'Avril, Van Gehuchten et Nélis, faisant leurs constatations sur des animaux inoculés avec du virus fixe de Paris et de Lille, trouvèrent des résultats beaucoup moins constants, et arrivèrent à penser que le virus fixe employé dans le traitement de la rage après morsure, n'est pas identique, quant à ses manifestations ganglionnaires, au virus de rage des rues.

Enfin, dans une note toute récente à l'Académie de médecine, M. le Pr NOCARD signale les expériences de MM. CUILLE et VALLÉE, de Toulouse, qui, opérant sur des animaux sacrifiés à diverses périodes de l'évolution de la rage, trouvent des résultats inconstants. M. NOCARD en conclut qu'il en est du diagnostic histologique de la rage comme du diagnostic nécropsique.

Quand le résultat est positif, on peut affirmer que le chien était enragé; quand il est négatif, on n'a pas le droit d'affirmer que le chien n'était pas enragé; le diagnostic reste incertain et le devoir étroit du médecin ou du vétérinaire est, aujourd'hui comme hier, d'engager la personne mordue à recourir au traitement de l'Institut Pasteur.

La rage procède uniquement de la contagion, c'est-à-dire qu'un chien ne peut devenir enragé qu'autant que le germe de la maladie lui a été transmis par un autre chien enragé. En d'autres termes la rage ne peut pas naître spontanément. C'est là une proposition que l'on eût qualifié d'hérétique il y a bien peu d'années encore. Tout le monde croyait et beaucoup de gens croient encore, que la température élevée, que la grande fatigue, que la soif, la colère, la souffrance, les excès ou les privations de toutes sortes, même l'obligation de la muselière peuvent faire naître la rage chez un certain nombre de sujets. On sait aujourd'hui qu'aucune de ces causes n'est capable de provoquer la rage. En réalisant toutes ces causes expérimentalement, en combinant même les effets des unes, avec les effets des autres, jamais personne n'a réussi à rendre un chien enragé.





ton, chèvre, etc.), l'injection intraveineuse de virus rabique, loin de provoquer la rage confère l'immunité la plus solide à l'égard de la maladie.

Quel que soit le mode de pénétration du virus dans l'organisme, il s'écoule toujours un temps assez long, entre le moment de l'entrée et celui de l'apparition des premiers symptômes.

D'ailleurs très variable, la durée de période d'incubation, lors de contagion accidentelle, semble être sous la dépendance d'une foule de circonstances encore indéterminées.

Chez le chien l'incubation moyenne de la rage est de trente à soixante jours, les extrêmes étant de 8 jours à un an.

Chez les solipèdes, ruminants et porcs ce délai oscille entre dix jours et 6 mois.

**Pathogénie.** — Encore assez incomplète la pathogénie de la rage a révélé des faits intéressants.

Le Dr DUBOÛÉ, de Pau, a soutenu que le virus rabique se propage exclusivement par la voie des nerfs et non par les voies de l'absorption ordinaire. Ainsi s'expliquerait la longue durée de l'incubation, variable suivant le siège de la morsure.

Cependant l'injection intraveineuse provoquant presque toujours la rage, le Dr DUBOÛÉ prétendait que pendant l'injection on blessait avec l'aiguille les filets nerveux de la paroi du vaisseau. La réfutation de cet argument fut facile à faire par l'amputation hâtive de l'oreille du lapin inoculé, avec l'anse galvanique.

D'un autre côté MM. ROUX et NOCARD injectèrent à l'extrémité de la queue quelques gouttes de virus rabique, à six chiens. A priori, d'après la théorie nerveuse, ces animaux devaient d'abord présenter de la paralysie dorso-lombaire ? Ce fut le cas pour trois d'entre eux, le quatrième prit d'emblée de la rage mue, les deux autres de la rage furieuse.

Les localisations du virus rabique dans le cerveau sont donc des plus diverses, c'est ce qui explique les manifestations aussi nombreuses que différentes de la rage, sans que l'on puisse les prévoir à l'avance et sans qu'on puisse rien préjuger de la voie que suit le virus rabique pour gagner les centres nerveux.

Il résulte de cette pullulation exclusive dans le cerveau et dans la moelle qu'à un certain moment ces parties sont seules douées de la virulence, toutes les glandes étant encore saines.

Mais très rapidement le virus diffuse par les nerfs

périphériques et c'est ainsi qu'il envahit les glandes salivaires, dans un ordre indéterminé et d'après la rapidité de la progression dans le cordon nerveux efférent. Ce qui le prouve c'est qu'en inoculant la corde du tympan, le nerf sécréteur ou vaso-dilatateur de la glande sous-maxillaire, on réussit le plus souvent à développer la rage.

M. ROUX a d'autre part démontré que les troubles respiratoires observés souvent chez l'homme enragé sont dus à l'envahissement du noyau d'origine du pneumogastrique, ainsi que le prouve l'inoculation positive.

Le virus rabique est assez peu résistant, la dessiccation à l'air libre le détruit en quatorze ou quinze jours, les moelles de lapin enragé exposées ainsi à l'air sec perdent leur virulence en quatorze jours.

Sous une masse plus considérable, et à une température assez basse, la virulence peut se conserver de vingt à quarante jours. La putréfaction n'a que peu d'influence, le cerveau d'animaux enragés était encore virulent quarante-quatre jours après l'enfouissement chez un chien.

A 50° le virus rabique est détruit en cinq minutes. A 60, il est tué immédiatement. Par contre le froid semble n'avoir aucune action sur lui, même si on l'expose à des températures de 80° au-dessous pendant plusieurs heures.

Le CO<sup>2</sup> comprimé à 60 atmosphères ne le détruit pas.

La glycérine est un agent dans lequel la virulence se conserve extrêmement longtemps. Cette propriété de la glycérine découverte par M. ROUX a servi, ainsi que je vous le dirai dans un instant, à l'immobilisation des moelles rabiques, dans leur degré d'atténuation dans le traitement de la rage après morsure. C'est aussi grâce à la propriété de ce liquide, que le professeur CALMETTE a pu conserver virulentes des moelles rabiques, pendant toute la traversée de France à Saigon, soit deux mois.

Quant à l'action des antiseptiques, elle est assez peu connue, cependant le peu de résistance du virus le rend attaquant par tous ces agents. Les plus recommandés sont le sublimé à 1/1000 et l'essence de térébenthine à 1 2000.

*Traitement de la rage après morsure.* — De ce que je viens de vous dire, vous pouvez conclure, qu'en matière de rage, l'absorption du virus déposé par une morsure est instantanée, c'est ce qui rend illusoire



Il n'y avait aucune maladie déterminée. Pas d'athérome artériel appréciable, urines normales, pas de syphilis. Le séjour au lit depuis quatre mois n'était pas pour relever cet organisme languissant. Je proposai au malade une opération qui, en mettant bout à bout les surfaces fracturales avivées, avait chance d'éveiller une ostéogenèse normale, tandis que la soudure osseuse latérale n'avait aucune tendance à se faire entre les fragments restant tels quels.

Le blessé accepta et au mois de novembre, par une vaste incision externe, je mis à nu les deux os, les dégagai, réséquai leurs extrémités, amenai au contact par une traction méthodique les surfaces réséquées ; puis je les suturai par une suture au gros fil d'argent perdue. Vaste attelle plâtrée prenant la face postéro-externe de la hanche, de la cuisse, de la jambe et du pied. Suites très simples, réunion par première intention. Au bout de douze jours une radiographie, faite sous le plâtre, me montre les os maintenus en très bonne position : les deux axes des fragments faisaient un très, très léger angle obtus à sinus interne ; mais les sections fragmentaires étaient bien accolées, la suture métallique tenait bien. Il ne restait qu'à attendre la consolidation.

Nous l'attendîmes six semaines. Elle ne se fit point. Deux mois après l'opération, la consolidation osseuse n'existait pas plus qu'au premier jour. Les deux fragments restaient en place bout à bout, mais mobiles angulairement. Je remis une vaste attelle externe et essayai de faire marcher le malade avec des béquilles. La marche donne parfois, dans ces retards de consolidation, des résultats excellents ; sans doute en imprimant aux surfaces fracturales, de légers mouvements, des frottements excitateurs de l'ostéogenèse. Ce fut en vain. J'administrai la thyroïdine qui a parfois fait merveille dans les cas de ce genre ; j'en ai, pour ma part, cité des exemples. Rien n'y fit. En février 1902, cinq mois après l'entrée du malade, nous n'étions pas plus avancé qu'au premier jour. La mobilité était même plus marquée, la suture métallique ayant cassé ; de plus les fragments s'étaient tordus sur leur axe, le pied ayant tourné en dedans. La partie inférieure de la cuisse et la jambe étaient œdématisées, la peau sèche et mal vivante, les muscles atrophiés. Le séjour prolongé dans une salle d'hôpital, le décubitus dorsal devenu presque constant, agissaient lâcheusement sur un organisme en déchéance.

La santé générale s'altérait. L'appétit était nul. Amaigrissement et diminution des forces ; dépression morale profonde et insomnies. Le malade, triste et inquiet, me dit un jour que, si je ne voyais pas d'espoir de consolidation, il était prêt à faire le sacrifice de son membre car cette situation le tuait et il aimait mieux retourner chez lui avec une jambe de bois que de mourir à l'hôpital avec ses deux jambes. Ce bonhomme résumait fort bien l'argumentation que je songeais moi-même à lui présenter : J'acquiesçai à son désir ; et l'amputation fut pratiquée au commencement de mars, sous ma direction, par mon interne, M. TRAMONT. Les bouts des deux fragments ne présentaient aucune trace de sécrétion osseuse, pas le moindre ostéophyte. L'opéré guérit fort bien, malgré

quelques incidents sans gravité ; il et sortit en assez bon état de l'hôpital premiers jours d'avril.

Mais l'amputation présenta une particularité sur laquelle je veux attirer l'attention uniquement pour la signaler que je

L'opération fut faite sans bande de compression de la fémorale à l'aîne. Je suis surpris de voir, une fois la compression de l'artère fémorale sectionnée et baignée de sang, seule la fémorale profonde être liée.

Il y avait donc eu chez ce malade une oblitération de l'artère fémorale supérieure, au-dessous de la naissance de la fémorale profonde qui, seule, pourvoyait à l'irrigation du membre. La compression du p. par la saillie du fragment inférieur du fragment supérieur pouvait expliquer l'oblitération de l'artère.

N'y avait-il point quelque relation entre l'oblitération et l'absence obstinée de consolidation difficilement explicable ? Ne peut-on citer comme exemple que l'artère nourricière du fémur est d'ordinaire formée par la deuxième branche perforante de la fémorale par anomalie chez notre sujet de la fémorale et de la portion de cette artère et oblitérée ?

Assurément l'artère nourricière est au canal médullaire de la diaphyse. A dans toute fracture un des fragments l'irrigation sanguine de l'artère nourricière conçoit que la vitalité de celui des fragments qui continue à recevoir cette irrigation peut-être le rôle prépondérant dans la consolidation soit notablement amoindrie par l'oblitération de l'artère puisque ce fragment est alors privé d'irrigation sanguine par les artérioles perforantes. On conçoit qu'il fasse insuffisamment les frais de la consolidation osseuse du cal.

Ce n'est là qu'une hypothèse, mais à compte, ce me semble, de cette déficience de l'ostéogenèse dans le cas que je

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

**Traité de l'intubation du larynx chez l'adulte**, par A. BONAIN, chirurgien-adjoint de Brest.

Après avoir rendu un juste hommage à Bouc d'O'Dwyer dans le tubage, et rappelé en quelques lignes les tentatives du médecin américain, M. B. dans la question et divisé son travail en trois parties



accidents donnent si rarement lieu à de graves conséquences, qu'ils ne sauraient empêcher de recourir à cette opération. Il y a longtemps que ma manière de voir est identique à celle de M. BONAIN. Venir dire, en effet, que le tubage est bien supérieur à la trachéotomie et ajouter qu'il faut le réserver pour les hôpitaux ou ne le pratiquer qu'en laissant auprès de l'opéré un aide instruit susceptible de procéder, s'il le faut, à une nouvelle intervention, c'est à mon avis s'opposer à la vulgarisation de cette méthode : tous les parents, en effet, ne consentent pas, à tort peut-être, à se séparer de leur enfant, et d'un autre côté, alors même qu'on trouverait partout des aides instruits en nombre suffisant, bien des familles ne sauraient supporter les frais qui en résulteraient. Depuis 1895 j'ai fait, tant en ville qu'à la campagne, 95 intubations chez des enfants atteints de sténose laryngée presque toujours de nature diphtérique, et je n'ai pas rencontré plus de 10 à 12 malades qui se débattaient ; en tout cas, j'ai eu la chance d'arriver toujours à temps pour pallier aux accidents ; quant à l'oblitération complète du tube, je ne l'ai jamais observée. Un jour, en faisant un tubage chez un enfant de 4 ans, je vis, après l'opération, que la gêne respiratoire n'était nullement calmée, je retirais l'appareil et l'enfant rejeta alors une énorme fausse membrane de forme tubulaire, que j'avais refoulée ; ce cas, qui a guéri, est un exemple de bourrage de la fausse membrane par l'instrument, mais une fois le tube placé dans le larynx et la respiration bien établie, je n'ai jamais vu de fausse membrane venir oblitérer assez complètement la lumière de l'instrument pour amener des accidents asphyxiques.

Je ne ferai que signaler les deux dernières parties de l'ouvrage de M. BONAIN, celle qui a trait à l'intubation dans la sténose laryngée de diverses natures tant chez l'enfant que chez l'adulte, et enfin celle qui indique les emplois accessoires de cette intervention, parce que tout en reconnaissant les services que cette opération peut rendre dans ces cas, je n'ai aucune compétence pour formuler une appréciation, presque toutes mes intubations ayant été faites chez des enfants et quand il s'agissait du croup. Toutefois je désire recommander les paragraphes, qui ont trait à l'emploi de l'intubation pour délivrer de leur canule les sujets, qui, après une trachéotomie, sont devenus canulars, car la conduite du chirurgien dans ce cas y est admirablement exposée.

En résumé le travail de M. BONAIN sur l'intubation est de beaucoup le plus complet, qui ait paru sur cette question : non seulement l'auteur traite dans les plus grands détails tout ce qui concerne le tubage chez les enfants atteints de croup, mais il étudie aussi ce que cette intervention peut avoir d'utile dans toutes les affections laryngées et à tous les âges. Tout le monde y trouvera profit ; les médecins, qui ont adopté l'intubation, dans la sténose d'origine diphtérique, devront non seulement lire, mais relire cet ouvrage où toutes les questions, qui s'y rattachent, sont magistralement exposées, et les spécialistes qui s'occupent des affections du larynx y puiseront également des renseignements très précieux, car pour écrire son livre M. BONAIN a compulsé tout ce qui a été écrit sur ce sujet tant en France qu'à l'étranger.

D<sup>r</sup> C.

## VARIÉTÉS & ANECDOTES

Un statisticien s'est proposé de calculer la distance couverte par les danseuses dans leurs mouvements giratoires.

De ses recherches il résulte qu'une valse d'une durée moyenne représente une course d'un millier de mètres. Le quadrille, avec ses quatre figures, n'atteint pas loin de deux kilomètres. La mazurka équivaut seulement à neuf cents mètres et la polka à huit cents mètres.

Si l'on prend un bal commençant à dix heures du soir et finissant vers cinq heures du matin et qu'on suppose une danseuse intrépide ne reculant devant aucun de ses devoirs, de celles « qui n'en manquent pas une », notre statisticien estime qu'au bout de sa nuit cette danseuse n'aura pas fait moins de 56.000 pas, — ce qui équivaut en distance kilométrique à une marche de 46 kilomètres.

(Gazette médicale belge).

## MOTS DE LA FIN

Un pharmacien se disputait vivement avec sa femme. Celle-ci finit par éclater en sanglots.

— Tes pleurs ne me touchent nullement, lui dit l'époux ; je les ai analysés, ils ne contiennent qu'une très petite partie de phosphate et un peu de chlorure de sodium. Tout le reste n'est que de l'eau.

(Lyon Médical).

## NOUVELLES & INFORMATIONS

La sixième session de l'Association française d'urologie aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, du 23 au 25 octobre 1902.

La question mise à l'ordre du jour est : *Indications et résultats de la néphrectomie.*

## UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous apprenons, avec plaisir, la nomination de notre collaborateur et ami, M. le docteur E. GÉRARD, agrégé, chargé de cours, comme titulaire de la chaire de pharmacie. Nous lui adressons nos très sincères et cordiales félicitations.

— Notre collègue et ami le professeur CALMETTE vient d'être élu, au 1<sup>er</sup> tour de scrutin et par 46 voix sur 51 suffrages, correspondant national de l'Académie de médecine. Nous le prions d'agréer nos bien affectueuses félicitations.

— Parmi les candidats admis à subir les épreuves orales d'admissibilité du concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire, nous trouvons les noms de MM. BERTIN, FAMECHON, JULIEN, étudiants de la Faculté de Lille.



# L'ÉCHO MÉDIC

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBENALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Mé

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; Barrois, professeur de parasitologie ; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; Carlier, professeur de pathologie externe ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé ; G de laboratoire à l'Institut Pasteur ; l'Asile d'aliénés d'Armentières ; De l de clinique ophtalmologique à Paris hôpitaux ; Manouvriez (de Valenciennes), agrégé de l'Académie de médecine, chargé d'un cours d'accouchements de pathologie interne et expérimentale ; O chargé du cours de parasito

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale ; POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de l.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : La prostitution à Lille, par le professeur Patoir. — ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES : Traité de bactériologie pure et appliquée à la médecine et à l'hygiène. — VARIÉTÉS ET ANECDOTES. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### La Prostitution à Lille

Par le docteur Patoir, professeur agrégé à la Faculté de Médecine

### INTRODUCTION

Reprise de la lutte contre les maladies vénériennes. — La Prophylaxie individuelle. — La réglementation. — Son utilité restreinte.

Les questions d'hygiène publique étant à l'ordre du jour, il est tout naturel qu'en même temps que s'organise la lutte contre la tuberculose et l'alcoolisme, on se préoccupe à nouveau de la prophylaxie des maladies vénériennes et en particulier de la syphilis « cette troisième peste moderne ». Depuis quelques années, en effet, la campagne antivénérienne a pris un renouveau de vigueur et d'énergie.

Cette reprise de la lutte vient de se manifester en plusieurs circonstances. Je ne citerai que pour mémoire les conclusions adoptées par l'Académie de

médecine sur le rapport du Prof et qui malheureusement restèrent les Pouvoirs Publics. Ce fut également des mesures excellentes qui furent prises par la Société de Dermatologie et de Syphilis à sa réunion en 1894 (2). Commencée récemment et plus effective il faut le dire à Bruxelles (3) où abolitionnistes furent d'accord pour reconnaître qu'il n'avait pu être tenté jusqu'ici n'avait pu empêcher les vénériens de s'accroître d'année en année, la progression de la syphilis en particulier, la progression de la maladie menace d'atteindre à un point qui arrivera fatalement, l'entière. Pour certains districts la syphilisation serait un fait accompli. Tous les congressistes reconnaissent qu'il devait être repris avec plus d'én

(1) Qui comportent entre autres propositions : création de services spéciaux plus ou moins gratuits avec distribution gratuite des médicaments pour les étudiants en médecine de faire de vénérologie ; l'attribution au concou chargés de la visite, etc. (Comptes-Rendus de médecine, 1888).

(2) M. AUGAGNEUR, aujourd'hui maître de des débits de boissons, des cabarets à Lyon n'a pas oublié les paroles de l'hygiéniste : fermer ces cabarets, du moins il en a dit qu'on devrait bien suivre à Lille.

(3) Conférence internationale pour la lutte contre les Maladies vénériennes. Bruxelles, 1894.

(4) Cette constatation fera peut-être proposer d'Auzias-Turenne qui voit le XIX<sup>e</sup> siècle procéder à la syphilisation finir plus vite avec le fléau. Auzias-Turenne, le seul de son avis et l'humanité



nime sur les moyens à  
aujourd'hui vers les mesures  
tion, les autres niant que  
arrêter la marche des

ne était donné et la ques-  
nt en province qu'à Paris  
qui se fit en France. —  
e Nancy (1) après une  
ne et un rapport de M.  
pressant aux autorités  
ales pour les engager à  
la prostitution, qui reste  
élimination des maladies

si ne sont pas tous des  
ous l'impulsion de M. le  
nstituer la *Ligue de Pro-*  
(2). Sans dédaigner l'ap-  
réglementation dans la  
gue a surtout pour but  
lu public : elle veut faire  
des vénériennes et leurs  
viter dans la mesure du  
qu'on en est atteint. Il  
ative de *Prophylaxie indi-*  
it que la ligue fait œuvre  
ncipalement à l'État ou  
de et protection ; doréna-  
compte d'abord sur lui-  
st bien entendu qu'avant  
oup d'efforts avaient été  
u du péril vénérien ; mais  
e sera le grand mérite du  
avoir groupés et d'avoir  
sité d'éduquer le public

ouvelle Ligue a amené le  
des maladies vénériennes  
Intérieur vient de nommer  
étudier les questions qui  
es maladies vénériennes,  
moyens qui existent pour  
seraient à prendre dans

A Lille, cette question a également préoccupé  
l'administration municipale qui après lecture des  
rapports de MM. Debierre et Ghesquière, a proposé par  
l'organe du maire, une série de mesures qui furent  
adoptées par le Conseil dans sa séance du 20 novembre  
1901. Comme suite à cette délibération le directeur de  
l'Office sanitaire vient de faire parvenir aux médecins  
un avis imprimé qui constitue un essai fort intéres-  
sant de prophylaxie en ce qu'il s'adresse au syphili-  
tique lui-même et lui montre la nécessité de se soigner  
pour lui-même et pour les autres.

Il y a dans toutes ces manifestations des indices de  
bon augure et il faut espérer que de nouveaux efforts  
vont être tentés contre le péril vénérien. Souhaitons  
qu'ils réussissent mieux que ceux de nos devanciers.

Les moyens à employer sont de deux ordres : d'un  
côté il y a les mesures que peuvent et que doivent  
prendre les Pouvoirs publics et déjà ces mesures  
existent en partie dans les Règlements de la police des  
mœurs ; d'autre part, il s'agit d'armer l'individu lui-  
même contre les maladies vénériennes. Mais si cet  
essai de Prophylaxie individuelle doit être surtout  
l'œuvre des initiatives privées, telles que celles qui  
ont présidé à la fondation de la *Ligue de Prophylaxie  
sanitaire et morale*, il est souhaitable qu'elles soient  
soutenues de toutes façons, soit par les municipa-  
lités, soit par l'État.

En fait, jusque dans ces derniers temps, il n'a pas  
été sérieusement tenté d'essai de Prophylaxie indivi-  
duelle et la lutte contre les maladies vénériennes s'est  
confondue avec la lutte contre la prostitution. Prati-  
quement elle a abouti à une série de mesures qui  
toutes ont un caractère plus ou moins coercitif et  
constituent la Réglementation de la prostitution. La  
réglementation compte, comme on sait, des partisans :  
les *réglementistes*, et des adversaires : les *abolition-*  
*nistes*. Réglementistes et abolitionnistes apportent à  
la défense de leurs idées d'excellents arguments ; mais  
ils sont destinés à ne s'entendre jamais pour la raison  
très simple que le point de vue où ils se placent est  
tout à fait différent. Les réglementistes négligeant  
l'idée de justice n'ont en vue que le souci immédiat  
de la santé publique, quelle que soit la légitimité des  
moyens employés pour la défendre ; les abolitionnistes,  
au contraire, négligeant les raisons d'utilité hygiéni-  
que, ne voient dans la réglementation qu'une iniquité,  
un abus de pouvoir que l'homme commet contre la  
femme.

(1) 1900. *Revue médicale de l'Est*,

sous la Présidence de M. Fou-  
le nom de « Ligue contre la

Ce résumé, brutal et sans nuances, des opinions réglementistes et abolitionnistes, est peut-être un peu excessif. Mais, aux nuances près, il montre bien que le fond du débat est surtout moral : les uns sont des *utilitaires*, les autres sont partisans de la *justice absolue*.

On a vu qu'au congrès de Bruxelles, malgré leurs divergences, tous reconnurent que la réglementation, telle qu'elle est pratiquée, est insuffisante.

Logiquement, il n'en pouvait être autrement. La réglementation, en effet, ne s'adresse qu'aux prostituées inscrites. Elle n'atteint pas les hommes, et ainsi l'homme qui a voulu se défendre contre la syphilis de la femme est puni de sa partialité : la syphilis que lui, le mâle, passe impunément à la femme, lui revient et l'on reconnaît que c'est justice. La réglementation n'atteint pas non plus toutes les femmes susceptibles d'être syphilitisées. Sans parler des femmes non prostituées qui sont atteintes de maladies vénériennes — et il y en a un grand nombre, — toutes les prostituées non inscrites y échappent et l'on sait quelle cohorte innombrable constitue la prostitution clandestine. En un mot le nombre des vénériens déborde le cadre de la réglementation. Dans ces conditions il était inévitable, fatal qu'elle fût insuffisante. Et quand les abolitionnistes viennent dire que la réglementation n'a pas empêché le péril vénérien de grandir, les réglementistes peuvent répondre que c'était un résultat prévu et que là n'est pas la question.

La question doit se formuler ainsi : La réglementation, dans la sphère où elle s'exerce, peut-elle empêcher la dissémination des affections vénériennes ? Si elle le peut, elle trouve sa justification au point de vue hygiénique ; or, il est évident que retirer de la circulation, au moment où elle a des accidents syphilitiques, une prostituée qui, par métier, voit plusieurs hommes en un jour, c'est l'empêcher de contagionner ces hommes. C'est là le but de la réglementation dans sa partie sanitaire et théoriquement on ne peut méconnaître qu'elle l'atteint.

Donc, la réglementation est utile. Quant à savoir si elle est juste, cela est une autre question. En pratique, le but hygiénique de la réglementation sera atteint d'une façon d'autant plus parfaite que le service sanitaire fonctionnera lui-même d'une façon aussi parfaite que possible.

Au moment où le Conseil municipal et l'Office sanitaire lillois s'intéressent aux questions de prophylaxie anti-vénérienne, il ne paraît pas inopportun

d'étudier les moyens dont dispose à Lille le service des mœurs, pour empêcher les prostituées malades de continuer leur commerce, de quelle façon ces moyens sont employés et de quels perfectionnements ils pourraient être susceptibles. Mais auparavant, il est nécessaire de passer en revue le personnel de la prostitution, de connaître son effectif et sa composition et de voir sous quels règlements vit ce personnel.

Cette étude de la prostitution à Lille est faite en dehors de toute opinion personnelle sur la légitimité ou la non-légitimité de la réglementation. La réglementation existe à Lille : je ne veux ni l'approuver ni la blâmer, mais simplement montrer comment elle fonctionne.

## LE PERSONNEL DE LA PROSTITUTION

Il y a à Lille, comme dans toutes les villes où existe un service des mœurs, des *prostituées inscrites*, c'est-à-dire des femmes qui, vivant *notoirement* de prostitution, sont inscrites sur les registres de la Police et ont l'autorisation d'exercer la prostitution sous certaines garanties qui sont déterminées par un règlement : c'est le personnel légal de la prostitution, le seul qui tombe sous le coup de la réglementation et qui soit, par conséquent, soumis à un contrôle sanitaire ; il en reçoit une sorte d'estampille officielle, une espèce de garantie qui, en théorie, doit le rendre aussi peu dangereux que possible. Une prostituée inscrite se définit d'elle-même du fait de son inscription et il n'y a pas avec elle de difficulté pour savoir où commence et où finit un acte de prostitution.

Il n'en est pas de même avec les femmes qui, se livrant, elles aussi, à la prostitution, ne sont pas inscrites sur le registre de la Police. Il est, en effet, difficile et délicat de dire d'une femme qu'elle vit de prostitution : l'on définit assez bien la prostitution prise au sens abstrait du mot, mais on ne prouve pas aisément qu'il y a eu acte de prostitution. Aussi voit-on les femmes que l'on sait, moralement, vivre de prostitution, échapper à la réglementation, parce qu'il n'est pas prouvé qu'elles en vivent *notoirement* : ce sont les *prostituées clandestines*, classe extrêmement nombreuse, plus nombreuse de beaucoup que la classe des prostituées inscrites. Leur chiffre total ne peut être évalué, même approximativement, en raison, justement, de la difficulté qu'il y a à les découvrir, surtout quand elles côtoient les frontières qui séparent

lors délivré et qui est la carte. Le livret, avec l'autorisation de la police, porte le signalement de la femme. Le livret contiendra, en outre, un extrait du règlement sur la police des mœurs et des cases destinées constater les visites médicales ».

L'inscription ne donne droit à la femme de devenir prostituée que si elle est reconnue indemne de toute infection vénérienne. Dans le cas où elle serait malade, elle serait hospitalisée jusqu'à guérison et ne pourrait exercer son métier qu'après la sortie de l'hôpital.

Cette disposition est commune à toute fille publique, qu'elle soit isolée ou qu'elle doive entrer en maison.

Le Règlement n'est pas très explicite sur l'âge où une femme peut devenir une prostituée légale. On y lit (page 2, art. 3) : « Lorsque le service des mœurs se trouvera en présence d'une prostituée mineure, il en rendra compte immédiatement au commissaire central. Ce magistrat, après avis du maire, fera les recherches nécessaires et prendra les mesures convenables pour ramener la fille à une vie régulière. » Mais si la fille ne tient pas (et c'est souvent le cas) à reprendre la vie régulière, doit-on la carter ? Tandis que le règlement stipule formellement que les filles de maison doivent être majeures, il n'indique aucune règle précise en ce qui concerne les isolées. En pratique, un grand nombre de prostituées isolées sont mineures. Il suffira de jeter un regard sur le registre pour s'en convaincre.

Le silence du Règlement a donc été interprété dans le sens de l'affirmative. Mais alors comment se fait-il que, si au lieu de lire le Règlement lui-même on en lit les extraits qui figurent sur le livret des filles, on trouve le paragraphe suivant : « Toute fille mineure livrant à la prostitution, est arrêtée, visitée et poursuivie pour contravention au présent règlement. Elle est ensuite expulsée de la ville si elle est étrangère ». Or, non seulement beaucoup de filles inscrites sont mineures, mais quelques-unes sont étrangères.

Il y a entre le Règlement et son extrait, entre la conduite qu'on tient envers les mineures et le livret qu'on leur met en main, une contradiction flagrante qu'il faudra faire disparaître si l'on met en application la première conclusion adoptée par le Conseil municipal le 20 novembre 1901 et proposant la suppression de la prostitution des filles mineures. L'administration s'apercevra peut-être que c'est plus facile à dire qu'à faire. De ce qu'on aura rayé les

mineures du registre des filles soumises, croit-on qu'elles cesseront du même coup de se prostituer, si le cœur leur en dit ?

Quant aux autres articles qui règlent la vie des filles cartées et qui figurent sur le livret d'immatriculation, il faut espérer que la plupart sont tombés en désuétude et il faut le souhaiter non seulement pour ces pauvres filles, mais aussi pour notre honneur de civilisés.

Les voici dans toute leur savoureuse et administrative cruauté :

« Il est interdit aux filles publiques :

1° De se montrer en public avec une mise indécente et de manière à se faire reconnaître ;

2° D'entrer dans les cafés, cabarets, estaminets, salles de danses et autres lieux publics ;

3° D'attirer ou d'exciter les passants par gestes ou paroles, de se montrer aux portes ou aux fenêtres des maisons où elles sont logées ;

4° De recevoir ou de retenir des mineurs de l'un ou de l'autre sexe ;

5° De conserver des militaires après l'heure de la retraite ;

6° De se loger dans le voisinage des édifices consacrés au culte, aux établissements d'instruction, aux administrations publiques, ni auprès des casernes, des hôpitaux et des auberges ; d'établir leur demeure chez un débitant de boissons ou chez un logeur ; d'avoir deux lits dans la même chambre ; de recevoir chez elles des filles non inscrites ;

7° De circuler dans les rues, dans les promenades et sur les remparts ;

8° De se placer au théâtre ailleurs qu'aux endroits qui leur sont désignés par la police.

» Les filles publiques qui ne se soumettent pas aux prescriptions du présent règlement, celles qui sont trouvées sur la voie publique en état d'ivresse, sont conduites à la prison municipale et mises à la disposition du commissaire central qui prend à leur égard telle mesure que de droit sans préjudice des poursuites à diriger contre elles ».

Voilà ! c'est très simple et si logique ! On désirerait qu'il n'y ait plus de prostitution clandestine, que toute femme décidée à faire commerce d'amour vienne se faire inscrire et se soumettre aux prescriptions sanitaires, ce qui est l'essentiel pour le but à atteindre et l'on commence par imposer aux femmes soumises ce règlement draconien et inique.

Et c'est daté — on a peine à le croire — le 1<sup>er</sup> septembre 1890. Le moyen-âge n'est pas si barbare, de plus coercitif contrairement à ce qu'on a dit, que la fille publique soit assimilée à la fille publique.

En fait, la première stupeur que la plupart des articles cités par suite ridicules. Appliqués, impossible aux filles ; or, on sait et on les voit assez souvent environs de la gare. Cela n'est pas cet article 7 du règlement co-dangereuse de persécution et de à être appliqué.

Un pareil règlement n'est pas amener les filles à venir donner leur inscription sur le registre exception très rare, une fille n'en sa demande. Il faut que la police constate que la femme se livre à prostitution.

Elle est alors inscrite d'office. Les entourent l'inscription n'ont pas le Règlement de 1890 et l'on a ce silence regrettable permet de des erreurs ou des excès de zèle précautions prises pour la future prostituée sont telles que cile et que même, en cas d'erreur place pour une réclamation.

La police a plusieurs moyens de femme se livre à la prostitution surveillance directe qui fait cor-femmes qui, non cartées, se livrent passants ou à d'autres faits de prostitution. Une telle constatation entraîne hésitation l'inscription.

Un autre moyen de surveillance police par la visite journalière de garnis, qui, d'après le registre par le propriétaire, permet de savoir si habitée par des femmes, de connaître leur état-civil, leur profession, leur moins régulière, leurs moyens apprend aussi si elles reçoivent est plus ou moins large. Munie de la police est fixée sur ce qu'est qu'elle se livre à la prostitution

titue un premier dossier, mais ne se contente pas de ces présomptions qui, après tout, peuvent tromper. Elle attend soit un fait flagrant, soit la lettre dénonciatrice d'un passant contaminé ou bien plus souvent d'une compagne mécontente ou jalouse. Appelée chez le chef de la sûreté, la femme est interrogée et examinée au point de vue sanitaire. Il fait bon bien se porter pour une femme qu'on suspecte de prostitution, car si elle est malade, elle commence par être hospitalisée, quitte ensuite à être cartée ou non selon que son dossier est plus ou moins chargé. Si elle est saine, au contraire, elle s'en tire généralement avec une semonce. Mais saine ou malade, si les faits de prostitution sont bien avérés et surtout s'il y a récidive, le chef de la sûreté décide qu'il y a lieu d'inscrire la fille sur les registres de la prostitution et il lui constitue lui-même un second dossier qui est le dossier de la mise en carte où sont consignés le signalement de l'inculpée [car elle est alors inculpée pour faits de prostitution], son état civil, ses moyens d'existence, ses domiciles antérieur et actuel, ses professions antérieures, le temps depuis lequel elle est à Lille, les visites sanitaires qu'elle a pu subir, les maladies vénériennes qu'elle a pu avoir. On lui demande si elle reconnaît les faits pour lesquels elle a été arrêtée et enfin si elle consent à être inscrite comme fille soumise. Si elle accepte, l'inscription suit rapidement.

En cas de refus, le chef de la sûreté adresse au maire de la ville le dossier et lui propose « d'inscrire la nommée . . . . sur le registre de la prostitution et de l'assujettir aux mesures sanitaires prescrites par l'arrêté réglementaire du 22 septembre 1890 ». A la suite de cette proposition, si le maire juge les faits prouvés, il prend un arrêté qui est notifié à la femme. C'est l'inscription d'office qui en fait une fille soumise.

Comme la fille de maison, la prostituée isolée est sous la surveillance directe de la police. Elle ne peut changer de demeure sans en faire la déclaration. De même, elle ne peut changer de catégorie, c'est-à-dire entrer en maison et à plus forte raison abandonner la prostitution sans en référer à la police qui le lui permet ou le lui interdit. Il faut l'avouer, une femme a plus de facilité pour changer de catégorie que pour rentrer dans la vie régulière. Ce n'est pas impossible toutefois ; mais il faut que la police acquière la certitude que cette sortie de la prostitution réglementée ne dissimule pas un passage dans la prosti-

tutin clandestine. Aussi « toute fille qui demande sa radiation des registres de la prostitution, dit le règlement, doit justifier de ses moyens d'existence ou prouver qu'elle est réclamée soit par sa famille, soit par une personne honorablement connue et en position de lui fournir les moyens de vivre sans retomber dans la débauche. » Comme toutes les filles n'ont pas la chance de trouver une personne honorablement connue et en position de lui fournir des moyens de vivre (jamais le protecteur ne fut plus élégamment et plus discrètement désigné), elles se bornent le plus souvent à déclarer qu'elles ont trouvé du travail. Dès que la fille travaille, la police, après avoir constaté que ce travail n'est pas une simple figure, suspend les effets de l'inscription pendant deux ou trois mois et même plus jusqu'au moment où il est certain que la femme ne se livre plus à la prostitution. Cette période d'épreuve passée, si les renseignements sont bons, la fille est rayée complètement du registre. Il faut à la fille qui rentre ainsi dans la vie régulière une certaine force de volonté d'autant plus que parfois le manque de tact d'un agent chargé de la surveiller peut la déconsidérer complètement aux yeux de ses patrons et de ses camarades de travail.

En principe, les filles publiques, en dehors de certains voisinages qui leur sont interdits par le Règlement (et encore n'y apporte-t-on pas trop de rigueur !) pourraient habiter n'importe quel quartier de la ville. En pratique elles se cantonnent dans le quartier Saint-Sauveur, aux alentours de la rue des Étaques. Peut-être existe-t-il quelques aberrantes dans d'autres quartiers, mais elles sont l'exception.

Parler des filles publiques amène à parler des *souteneurs*. Peu nombreux à Lille, ils ne constituent pas, comme à Paris, un élément dangereux. Ils n'attaquent jamais le consommateur. Ils se contentent d'exploiter la femme. D'ailleurs toutes les prostituées sont loin d'avoir un souteneur ; beaucoup se sont émancipées de cette coûteuse protection si bien que l'espèce du souteneur se raréfie à Lille et, grâce à des mesures de police, tend même à disparaître.

## § 2. FILLES DE MAISON

Peu nombreuses à Lille (50 à 60), les filles de maison sont réparties entre les rues de l'A B C et du Frénelet, dans une douzaine d'établissements.

Leur nombre peut varier selon les saisons et les besoins de la clientèle, mais il varie dans des limites

restreintes et bien que la population de la ville n'ait cessé de s'accroître jusqu'ici, bien que les facilités plus grandes des voyages et le mouvement des affaires amènent à Lille des étrangers de plus en plus nombreux, la situation des maisons de tolérance est restée stationnaire et en général elle est peu brillante. Il y a là un phénomène qui n'est pas particulier à Lille : la maison publique est en décadence. Il semble que le public la déserte en faveur des prostituées clandestines auprès de qui, s'il court plus de dangers, il conserve au moins plus d'illusions.

Le personnel des maisons se recrute surtout dans les rangs des isolées et des clandestines qui, fatiguées des aléas de la rue, sacrifient leur liberté pour s'assurer le gîte et la nourriture. Il y entre aussi des servantes, des ouvrières sans place, que la misère force à chercher un asile et qui, le plus souvent, ont déjà glissé sur la pente de la prostitution clandestine. Toutes ces femmes sont généralement d'un niveau moral et intellectuel peu élevé. Il est tout à fait exceptionnel de trouver parmi elles une femme qui ait reçu une certaine instruction, bien que la plupart se disent issues de famille excellente, sinon illustre. Pour être juste, il faut reconnaître que la fille de maison est généralement polie et disciplinée. Il serait difficile d'en dire autant de la plupart des isolées.

On a vu que pour entrer en maison, la fille doit être préalablement inscrite à la police et être autorisée à exercer la prostitution. « Elles doivent faire connaître au bureau central de police leurs noms et prénoms » et d'une manière générale fournir les pièces qui établissent leur identité.

Tandis qu'une femme se livrant à la prostitution d'une façon notoire est inscrite d'office et figure d'emblée comme prostituée isolée, c'est toujours sur sa demande qu'une femme entre en maison : nul ne peut l'y contraindre. La police pourrait l'inscrire d'office, mais elle ne pourrait la cloître.

La femme qui sollicite l'autorisation d'entrer en maison ne doit être ni mineure, ni mariée, le règlement est formel sur ce point. Une visite sanitaire payée par la patronne qui engage la femme est imposée préalablement. Si la femme est reconnue saine, rien ne s'oppose à son entrée immédiate en fonction. Si elle est atteinte d'un accident vénérien quelconque, elle est envoyée à l'hôpital où son séjour est également payé par la patronne. Quant au reste des dispositions prises vis-à-vis des femmes de maison, elles

sont les mêmes que pour les isolées : elles sont, de plus, tenues de rester cloîtrées et elles ne peuvent paraître sur la voie publique sans autorisation préalable.

Une fois en maison, la fille devient l'employée de la tenancière pour qui elle travaille. Celle-ci la rétribue en lui assurant une part dans les bénéfices, part qui s'élève généralement à la moitié du prix exigé du client. Il semblerait que dans ces conditions une fille qui a une assez belle clientèle pût non seulement vivre largement mais même faire des économies. Il n'en est rien et cela pour deux raisons, d'abord, parce qu'il n'est guère dans le caractère des filles d'économiser quoi que ce soit, ensuite et surtout parce qu'elles sont à la merci de la patronne. Les filles, en effet, entrent généralement en maison sans un sou et la maison est obligée de leur fournir à crédit une première mise qui consiste en lingerie et autres vêtements d'apparat. L'argent gagné est d'abord employé à rembourser cette première avance et l'on peut croire que les objets fournis ont été comptés au prix fort. De plus, comme il est interdit aux filles de sortir, tout, depuis la nourriture jusqu'aux moindres objets, leur est vendu par la maison et chèrement vendu. En fin de compte il est rare qu'une fille ne doive rien à la patronne. Il y a quelques années, ces dettes liaient les filles à la maison et elles devaient rembourser avant de partir. Actuellement elles peuvent partir quand bon leur semble et sans souci de leur passif. La maison s'arrange d'ailleurs pour retenir les objets non complètement payés, quitte à les revendre aux entrantes dans les mêmes conditions.

Le personnel des établissements se renouvelle fréquemment. Le roulement est même fort actif. C'est ainsi que les établissements de Lille voient passer annuellement de 200 à 220 filles. Le personnel étant en moyenne de 50 à 60, un simple calcul établit qu'il se renouvelle environ quatre fois par an. Les filles vont d'une ville à l'autre. Lille, Dunkerque, Boulogne, etc., les possèdent tour à tour, jusqu'à ce qu'elles disparaissent de façon ou d'autre.

Les unes ont de la chance et sont promues à la dignité de gouvernantes, mais il y faut du caractère et de la conduite. D'autres très rares, aidées par un hasard heureux et un ensemble de qualités commerciales, arrivent même à être patronnes. Quelques-unes sortent de maison et deviennent tenancières de ces petits cabarets plus dangereux que les lupanars



chambre d'hôpital. Ce résultat n'a pas été confirmé par les expériences ultérieures de CELLI et GUARNIERI, de WEHDE, BAUMGARTEN et CORNET. Ce dernier expérimentateur, au contraire, a fréquemment rencontré le bacille de KOCH, vivant et virulent, dans les poussières déposées sur les murs, les parquets, les objets de literie, etc., des chambres de phtisiques. Les poussières de la rue et des endroits non habités par des phtisiques ne donnèrent jamais de tuberculose aux animaux auxquels elles furent inoculées. CADÉAC et MALLET l'ont trouvé deux fois sur douze dans l'eau de condensation de l'atmosphère respirée par les phtisiques.

» STRAUS l'a mis en évidence dans le mucus nasal du tiers des personnes saines fréquentant le milieu hospitalier, ainsi que dans celui des individus obligés par profession à séjourner dans les salles de spectacle, les bibliothèques publiques, etc., où se rencontrent de grandes agglomérations humaines.

» *Etiologie.* — L'air expiré par les phtisiques ne paraît pas capable de transmettre la tuberculose (VILLEMIN); il est aussi dépourvu de bacilles que l'air expiré par les personnes saines (TYNDALL, GUMING, STRAUS et DUBREUIL). La recherche du bacille de KOCH dans cet air expiré a donné des résultats négatifs à CELLI et GUARNIERI, F. MULLER, SORMANNI et BRUGNATELLI, CHARRIN et BARTH, GRANCHER, CADÉAC et MALLET. Seuls GIBOUX et RANSOME ont obtenu des résultats positifs; mais il y a lieu de se demander si l'air expiré qu'ils examinèrent n'avait pas entraîné mécaniquement quelques légères particules liquides de mucus ou de salive.

» La sueur des phtisiques inoculée à des cobayes ne les rendit point tuberculeux (DI MATTEI, SURMONT).

» Les voies les plus habituelles de la contagion tuberculeuse chez l'homme, comme chez beaucoup d'espèces animales, paraissent être la voie respiratoire et la voie digestive: la première surtout doit être incriminée, étant donnée la fréquence de la tuberculose pulmonaire qui cause en moyenne le septième de la mortalité humaine. La phtisie est plus fréquente dans les agglomérations, les villes, les casernes, les écoles, etc., où la vie en commun multiplie les causes de contagion; de nombreuses statistiques mettent en évidence l'influence de l'âge, du sexe, des professions, de l'habitat, de l'hérédité, etc.

» L'infection tuberculeuse par les voies digestives est fréquente, les aliments préparés avec les viscères, poumon, foie, etc., seraient surtout dangereux; la chair musculaire et surtout les ganglions lymphatiques intramusculaires peuvent renfermer des bacilles (NOCARD, JOHNE); il faut donc se féliciter des mesures de police appliquées dans les abattoirs; mais il est surtout prudent de ne manger que de la viande bien cuite. Du reste, les aliments cuits et consommés froids après une conservation plus ou moins prolongée à l'air, peuvent avoir été contaminés par des bacilles charriés par l'air ou apportés par certains insectes (SPILLMANN et HAUSHALTER, HOFMANN). Les lésions tuberculeuses de l'estomac sont rares, peut-être à cause de l'action bactéricide exercée sur les bacilles par l'acidité et la pepsine du suc gastrique. La congélation, la salaison et le fumage des matières alimentaires tuberculeuses n'enlèvent rien à leur virulence.

» L'usage des aliments consommés crus et provenant d'animaux tuberculeux est infiniment plus dangereux. Parmi ces ali-

ments vient en première ligne le lait, aliment exclusif des jeunes enfants et de bien des malades, qui peut renfermer des bacilles de KOCH lorsque la mamelle de l'animal qui le fournit se trouve être le siège de tubercules (NOCARD); c'est pourquoi l'on ne doit donner aux nourrissons que du lait bouilli ou, mieux encore, stérilisé par un séjour de 40 minutes à 1 heure dans l'eau bouillante.

» Le fromage et le beurre peuvent aussi se montrer dangereux quand ils proviennent de lait tuberculeux (GALTIER). HEIM a reconnu que la virulence du bacille de KOCH persiste quatorze jours dans le petit-lait et quarante jours dans le beurre; d'après GASPERINI, le beurre tuberculeux vieux de 120 jours serait encore virulent.

» En outre de ces voies habituelles de l'infection, l'espèce humaine peut contracter la tuberculose par inoculation accidentelle de la peau et des muqueuses, par la voie génitale, etc. »

D<sup>r</sup> F. C.

## VARIÉTÉS & ANECDOTES

### DEVIS D'AOUST

*Carnet d'un Escholier*

I. — OÙ MAISTRE ERASMUS POURPOSE DE LAISSER LES DOCTES ESCRITS POUR LA DOLCE CAMPAGNE.

Hung! fist Maistre Erasmus, s'espongeant son chiet qui gouttoit ains teste de Neptune issant des flots! Vécý que la canicule arde nos testes et fait bouillonner les superfluitez y contenues! Ne cuydez vous point, fils, qu'il seroit expédient de quitter cette enceinte où nos humeurs cuisent entre chair et cuir, et aller vaguer corporellement et spirituellement sur les rives fleuries et odoriférantes de la Rivière Deule. Nous laisserions ès chartes les cogitations de Messires Sylvius, Cordus et aultres, pour deviser de cy de là, de sujets moins soporifiques.

— Ha! ha! firent tous les escholiers qui estoient venus pour ouïr la docte science, et somnoloient doucetttement, cecy est pour vray! la bonne parole Maistre Erasmus!...

Et s'en furent mollement vaguer le long de la tant souette Deule....

Et il y avoit pour escouter Maistre Erasmus, le docte Ingerius, qui passoit nuit et jour à commenter les commentateurs, y compris Messire Cronenburgius, Rondelet, à la mine tant éspanouie lequel eust donné tous les manuscrits de Messire Fuchsius pour un tupin de vin d'Anjou, Bauderon qui estoit desnommé le Pyrrhonien pour ce qu'il estoit accoutumé de doubter de tout, voyre même de la docte science Hippocratique. Et estoient encore aultres escholiers plus enclins à arrouser leur gousier, qu'à se consolider les méninges.





Judi 11. — A 8 heures, visite de l'Etablissement. — A 10 h. 30, départ en chemin de fer pour Plombières. — Arrivée à 11 h. 30. — Déjeuner. — Visite de l'Etablissement. — Coucher aux Grands Hôtels.

Vendredi 12. — A 7 h. 30 du matin, départ en voitures pour Remiremont par les Feuillées, la Vallée des Roches. — Arrivée à 11 h. 30. — Déjeuner. — A 2 heures, départ en tramway pour Gérardmer. — Arrivée à la pointe du Lac vers 3 h. 1/4. — A pied par la rive droite du Lac jusqu'à Gérardmer ou continuation facultative par le tramway. — Visite. — Dîner. — Coucher, Hôtel de la Poste.

Samedi 13. — A 8 heures, départ en voitures pour La Schlucht. — Arrivée à 10 h. 1/2. — A midi déjeuner. — A 1 heure, départ en voitures pour Cornimont. — Arrivée vers 3 h. 1/2. — Départ en chemin de fer pour Bussang. — Arrivée vers 6 h. 1/4. — Visite. — Dîner. — Coucher, Hôtel de l'Etablissement.

Dimanche 14. — A 7 heures, départ en voitures pour le Ballon d'Alsace. — Arrivée vers 11 heures. — A midi, déjeuner. — A 1 heure, départ en voiture pour Giromagny. — Arrivée vers 3 heures, en chemin de fer pour Besançon par Belfort. — Arrivée à Besançon, vers 6 heures. — Dîner. — Coucher, Hôtel de l'Etablissement.

Lundi 15. — Départ en chemin de fer à 7 h. 1/2 pour Salins. — Arrivée vers 9 h. 1/2. — Visite. — Déjeuner. — Excursion. — A 5 h. 1/4, départ pour Besançon. — Arrivée vers 6 h. 30. — Dîner. — Coucher.

Mardi 16. — Visite de l'Etablissement de la Moullère. — Déjeuner. — Dislocation.

#### CONDITIONS DU VOYAGE

I. — Vittel est la première Station prise comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément :

Pour arriver à la gare de Vittel (Compagnie de l'Est), les Compagnies de Chemins de fer accordent une réduction de moitié prix à tous les médecins et étudiants en médecine, quel que soit le point de la France d'où ils partent. Pour recevoir, en temps voulu, ce billet de faveur, il est nécessaire d'indiquer très exactement, en s'inscrivant, la gare de départ, ou pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français. Semblable réduction est accordée aux femmes de médecins par toutes les Compagnies de Chemins de fer, à l'exception de la Compagnie du midi.

Chaque voyageur peut arriver à Vittel, à son gré, dans la journée du 7 septembre. — Nous assurons le dîner et le coucher, à la condition qu'il nous prévienne 10 jours d'avance.

II. — De Vittel à Besançon, les voyageurs visiteront en groupe les stations suivantes : Vittel — Mandres (Colonie scolaire) — Contrexéville — Martigny — Bourbonne-les-Bains — Luxeuil — Plombières — Gérardmer — La

Schlucht — Bussang — Le Ballon d'Alsace — Salins — Besançon.

Prix à forfait : 200 francs par personne, payable en s'inscrivant. Ce prix comprend tous les frais du voyage, depuis le moment de l'arrivée à Vittel (dans la journée du dimanche 7 septembre au gré de chacun), jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront à Besançon (le mardi 16 septembre dans la soirée ou le mercredi matin 17 septembre, au gré de chacun) : trajets en chemin de fer, voiture, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

III. — Le mardi 16 septembre, le dernier repas pris en commun sera le déjeuner à Besançon, à 11 heures environ. — Après le déjeuner, les voyageurs pourront, à leur gré, soit prendre à Besançon les trains pour leur résidence, soit rester à Besançon où nous assurons leur dîner, leur coucher et leur petit déjeuner le lendemain matin.

Pour retourner de Besançon (Compagnie P.-L.-M.) à son lieu de résidence, qui a été son point de départ, chaque médecin ou étudiant en médecine bénéficiera, comme à l'aller, en venant à Vittel, de la réduction de moitié prix sur les chemins de fer. Toutes les Compagnies de chemins de fer — à l'exception de la Compagnie du midi — accordent la même réduction aux femmes des médecins.

En raison de la courte durée du voyage et des trajets importants en voiture, les voyageurs sont priés de réduire leurs bagages au strict nécessaire et de n'emporter qu'une valise d'un maniement facile. Ils devront veiller sur leurs bagages et en demeurent responsables pendant toute la durée du voyage.

Les Compagnies de chemins de fer, en accordant d'une façon tout à fait exceptionnelle aux adhérents de ce voyage la faveur de rejoindre isolément, avec des billets à demi-place, la première station de la tournée, Vittel, ont expressément spécifié qu'on s'y rendrait sans arrêt et par la voie la plus directe. Il en est de même pour le retour au lieu de résidence, en quittant la dernière station, Besançon.

Dans le cas où, pour un motif quelconque, le voyage n'aurait pas lieu, les personnes inscrites ne pourront prétendre qu'au remboursement des sommes versées.

Pour s'inscrire, envoyer : 1. Son adhésion au docteur CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris (8<sup>e</sup>) : Son nom et son adresse lisiblement écrits ; 2<sup>e</sup> l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français ; 3<sup>e</sup> le jour de l'arrivée à Vittel. — Sa souscription, 200 francs, à M. le Directeur du Crédit Lyonnais, Agence B., Compte V. E. M., Place de la Bourse, Paris.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 août 1902, terme de rigueur.



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBENALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Aussel, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; Barrois, professeur de parasitologie ; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; Carlier, professeur de pathologie externe ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé ; Gué de laboratoire à l'Institut Pasteur ; L'Asile d'aliénés d'Armentières ; De La de clinique ophtalmologique à Paris ; hôpitaux ; Manouvriez (de Valenciennes) pendant de l'Académie de médecine ; cipal, agrégé du Val-de-Grâce ; Oul chargé d'un cours d'accouchements ; de pathologie interne et expérimentale agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale, POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la République. Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse :

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Prophylaxie des maladies vénériennes, par M. le docteur Moty, médecin-principal agrégé du Val-de-Grâce. — Hémorragies précoces et avortement dans un cas d'insertion vicieuse du placenta, par le docteur M. Oul. — VARIÉTÉS ET ANECDOTES. — MOTS DE LA FIN. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Prophylaxie des Maladies vénériennes

Par M. Moty, médecin-principal agrégé du Val-de-Grâce

Les lignes qui suivent visent à résumer une des questions les plus complexes de l'hygiène sociale et individuelle ; question mise à l'ordre du jour par la fondation d'une importante Société qui s'étend de jour en jour à travers l'Europe. Le but de cette Société est de rechercher les causes du mal vénérien et les moyens de le combattre, et de faire appel au concours des pouvoirs publics pour mettre en œuvre les mesures législatives et administratives reconnues applicables.

Ce but a été très clairement défini par M. le professeur FOURNIER dans une sorte de profession de foi placée en tête des statuts de la Société ; mais il est beaucoup plus facile à définir qu'à atteindre et nul ne se faisait illusion sur la rapidité des résultats à espérer. Il est évident, en effet, qu'on ne peut guère aggraver les mesures policières qui ont déjà provoqué

bien des protestations et qu'il faut attendre un certain temps pour faire pénétrer dans la population le rôle néfaste de la syphilis dans la vie sociale, comme dans celle des individus et les incapacités encourues par ceux ou celles atteints de ces maladies vénériennes.

Mais plus la tâche est lourde, plus il faut s'efforcer de l'aborder sans retard aussi bien qu'avec précaution en se gardant de la réglementation excessive et de l'imprévoyance d'un fatalisme.

### Endémiologie des maladies vénériennes

— L'origine des maladies vénériennes est l'un des problèmes de la plupart des maladies contagieuses ; les brumes du passé ; il est difficile de distinguer l'une quelconque d'entre elles se forme de toutes pièces à un âge et dans une certaine manité ; la fixité de leur type ne permet pas de supposer qu'elles soient le résultat d'une action lente des infiniment petits, mais qu'elles ont des siècles à la forme que nous leur connaissons actuellement. Force nous est donc de nous en tenir au mystère qui plane sur leur origine et de nous en tenir à celui des origines de la vie à l'échelle du globe.

Mais si nous ignorons presque tout de l'origine de ces maladies, nous sommes au contraire assez faciles à saisir l'évolution actuelle dans un point de vue comparé de cette évolution sur lequel nous sommes en mesure de déterminer les lois générales qui



leurs familles, surtout s'ils sont munis d'argent, provoquent des rassemblements de prostituées ; il y a, comme nous le verrons, parallélisme entre la prostitution et les maladies vénériennes ; toutes les causes qui séparent l'homme de son foyer sans lui en donner un nouveau sont donc favorables au développement de ces maladies.

Cela posé, il faut remarquer que pour la syphilis comme pour la plupart des affections inoculables, le virus est d'autant plus redoutable qu'il est plus jeune ; d'où il résulte que la rapidité des courants humains sur terre et plus encore peut-être sur mer, est de nature à multiplier les syphilis graves en favorisant la diffusion du virus à sa période la plus active.

De telle sorte qu'en récapitulant les causes générales du développement de la syphilis nous arrivons à ce tableau susceptible de causer quelque surprise.

**Causes favorables à la syphilis.** — A. *Causes générales.* — 1° Formation des grandes agglomérations ;

2° Utilisation de la vapeur pour les transports ;

3° Armement d'un grand nombre d'hommes ;

4° Développement du commerce, de la marine et de l'industrie ;

5° Susceptibilité spéciale de certaines races à la maladie.

B. *Causes individuelles.* — Cette deuxième catégorie de causes se confond plus ou moins avec la première dont elle est en même temps facteur et résultat. Ces causes sont :

1° La vie des adultes hors de leurs foyers et les mariages tardifs ;

2° Les professions nécessitant de fréquents voyages ;

3° L'ignorance et l'insouciance ;

4° L'alcoolisme.

J'ai laissé de côté la prostitution qui mérite d'être examinée à part.

C. — *Causes défavorables au développement de la syphilis.* — Ce sont naturellement les conditions inverses des précédentes ; je me borne donc à faire remarquer que certaines races sédentaires, vivant par petits groupes et sans rapports avec leurs voisins, paraissent complètement exemptes de syphilis et viennent ainsi confirmer les données posées sommairement en tête de ce chapitre (montagnards de l'Annam et du Tonkin). Une telle manière de vivre est évidemment incompatible avec la civilisation moderne.

Une deuxième condition, incompatible en apparence au moins avec la précédente, est le développement intellectuel, social ou individuel. Il suffit, pour étayer cette proposition, de rappeler l'énorme contingent de maladies vénériennes chez les arabes et de lui opposer les chiffres de plus en plus favorables, dont peut s'enorgueillir l'hygiène publique et militaire allemande.

Voilà, je pense, les principales données d'un immense problème, touchant au cœur même de la vie sociale et individuelle de presque tous les peuples, plein d'éléments contradictoires et envisagé par les médecins, les sociologues et les législateurs, avec des vues non moins contradictoires.

**Principes de la prophylaxie des maladies vénériennes.** — Avant de mettre en œuvre les données rassemblées ci-dessus, il me semble nécessaire d'énoncer quelques principes devant présider à cette mise en œuvre. En effet, si la plaie vénérienne était minime et facile à circonscrire, le législateur pourrait, en vue du salut public, la traiter par des moyens héroïques visant à détruire la totalité du mal ; mais il n'en va point ainsi dans le monde moderne, sillonné de puissants courants internationaux ; il faut donc, si l'on veut aboutir, s'orienter soigneusement afin de ne pas manquer le but.

**Principes de prophylaxie vénérienne.** — I. La contagion des maladies vénériennes étant presque toujours le résultat d'un acte volontaire ou consenti, ces maladies ne peuvent être placées au point de vue prophylactique sur le même pied que les autres affections contagieuses et nécessitent une législation spéciale.

II. L'individu a, sous sa responsabilité, la libre disposition de son sexe, tant qu'il ne contrevient pas aux lois établies.

III. Les moyens coercitifs ne sont applicables qu'à défaut ou en raison de l'insuffisance des moyens moraux et hygiéniques.

IV. La puissance des premiers est en raison inverse de développement des agglomérations, la puissance des seconds croît avec l'instruction et la moralité.

V. Les Sociétés étant comme tous les êtres vivants en état d'évolution continue, la prophylaxie des maladies vénériennes doit suivre pas à pas les progrès sociaux et se modifier suivant les circonstances.

VI. La prostitution est actuellement le principal

s vénériennes en Europe ; la prostitution est la plus redoutable. Le but des mesures ne doit être de faire disparaître sous toute honte des nations civilisées.

En multiplier ces quelques propositions, souvent frappé par l'absence de données dans les discussions que soulève à propos de quel problème des maladies vénériennes, plusieurs d'entre elles sembleront vaines, d'autres seront jugées trop vagues suivant le tempérament du médecin, enfin très loin d'être complètes, car, côté le point de vue médical sur la prostitution plus loin, mais telles quelles sont, la question, n'est pas, si je puis m'exprimer ainsi, la question.

Le médecin à l'autorité administrative donne son avis ? bien peu de choses : que la prostitution clandestine est une cause ; que les cas de syphilis sont redoutables, que les jeunes gens à craindre que les vieilles, la contamination est récente et c'est à l'origine parmi les maladies vénériennes, la durée à peu près fixe et échutes, nous ne pouvons donc en dire rien de certain, ni la durée de la contamination, ni son degré absolu de gravité, nous n'avons jusqu'ici aucun signe pour affirmer qu'elle est guérie. Nous ne pouvons que les données statistiques nous montrent une courbe ascendante ou descendante des maladies vénériennes et à faire connaître les conditions qui leur paient le plus lourd

est probable que si tous les vénériens étaient en quarantaine jusqu'à guérison, les maladies vénériennes disparaîtraient, mais cela comme une pareille mesure est toujours se contenter de parer aux pressants, sans poursuivre le but de leur extinction. Voyons donc ce que la prophylaxie de la syphilis et les modifications qu'elle devra apporter dans l'avenir.

Actuelle. — Elle se borne à la prostitution inscrites et à leur séques-

tration, quand elles sont reconnues dangereuses, aux mêmes mesures appliquées aux hommes dans l'armée et la marine et enfin à une guerre plus ou moins active contre les prostituées clandestines. Tout le reste, c'est-à-dire quarante-neuf cinquantièmes des populations, aussi bien dans le Nouveau Monde qu'en Europe, échappe à l'influence des règlements sanitaires.

Pour les prostituées inscrites tout est simple ; on les tolère et elles acceptent de leur côté la tutelle de l'Etat. Nous n'insisterons donc pas ici sur ce qui les concerne ; même observation pour l'armée et la marine qui viennent de bénéficier d'améliorations assez importantes : Discretion des visites individuelles, conseils prophylactiques et conseils thérapeutiques, etc., sans parler des précautions contre les contagions accidentelles non vénériennes, dont l'importance est d'ailleurs très minime, et de la création de maisons du soldat tendant à remplacer le foyer paternel pour les militaires et les marins. Mais où la question devient tout à fait difficile, c'est quand il s'agit des prostituées clandestines ? Logiquement ce devrait être toute femme qui se vend sans payer patente, mais en réalité c'est une femme sans intelligence et sans argent qui est exploitée par un patron peu scrupuleux, ou qui, plus intelligente, se suffit à elle-même et vit des largesses de ses amants d'une nuit en se couvrant du prétexte d'une profession quelconque.

Mais combien de fois par semaine une femme doit-elle changer d'amants pour être une prostituée authentique ? comme le demandait spirituellement le docteur Gautier à l'une des dernières séances de la Société de prophylaxie de Paris. Il est en effet parfaitement impossible de définir rigoureusement la prostitution clandestine et c'est se bercer d'illusions que de croire qu'on gagnera beaucoup à poursuivre méthodiquement cette catégorie de femmes. On en sera toujours réduits dans cette guerre à des mesures de police plus ou moins aveugles, soulevant des récriminations intéressées ou aboutissant à de regrettables erreurs et restant cependant toujours bien en deçà du but.

J'en conclus qu'il n'y a de ce côté rien à modifier aux usages actuels ; qu'il est impossible de faire une loi viable et efficace sur la prostitution clandestine et que sans se relâcher de la surveillance des femmes de mauvaise vie susceptibles de faire du scandale ou de devenir un danger public, il n'y a pas lieu de trans-

former cette surveillance en inquisition. Il serait certainement à désirer que le service féminin fût interdit dans les débits de boissons, mais comment réaliser ce desideratum ? La législation concernant les débits de boissons est actuellement soumise à l'étude d'une commission sénatoriale composée des hommes les plus compétents, animés du plus vif désir de remédier au mal et certes, on peut attendre d'eux d'importants résultats, mais encore une fois sans illusions.

Les médecins des hôpitaux parisiens remarquent que le nombre des contaminations nouvelles fléchit chaque fois que le nombre des prostituées arrêtées augmente (1). Cette constatation justifie ce que nous disions tout à l'heure au sujet de la surveillance nécessaire, mais ce serait tomber dans une grave erreur que de mettre en application les conséquences logiques de cette constatation et de faire arrêter toutes les femmes suspectes pour les traiter jusqu'à guérison. Où les mettre ? Comment les découvrir ? Et ensuite comment supposer que le courant humain ne ramènerait pas six mois plus tard les choses au point où elles en étaient après cette formidable tentative, de même que les abaissements temporaires signalés dans les hôpitaux spéciaux de Paris ne modifient pas beaucoup les moyennes annuelles des cas.

Plus on réfléchit, plus on se confirme dans la conviction qu'il y a peu de chose à faire avec les moyens légaux actuels ou en renforçant ces moyens dans le sens de la prohibition. La principale objection contre le système prohibitif restera toujours l'inégalité de traitement des hommes et des femmes, et, en effet, que sert de guérir les femmes si les hommes restent malades ? Et comment justifier à l'égard de ces derniers un système quarantenaire si atténué soit-il, puisque leur affection, tout en étant grave et contagieuse, ne possède cette dernière qualité qu'à l'égard de celles qui s'y exposent volontairement.

**Prophylaxie de l'avenir.** — Je me propose d'exposer sous ce titre les progrès réalisés récemment dans la prophylaxie et de rechercher la cause des progrès ou des reculs observés dans les maladies vénériennes afin d'en déduire la direction à donner à nos efforts et l'attitude à adopter auprès des autorités administratives.

Il ressort des chiffres relatés plus haut que dans l'armée les maladies vénériennes ont sensiblement diminué. A quoi tient cette diminution ? Nous n'hésitons pas à répondre que c'est au recrutement régional. Pourquoi l'Allemagne est-elle la puissance d'Europe la plus favorisée ? parce qu'elle a le recrutement régional, le service de deux ans et pas de colonies. Pourquoi l'Angleterre est-elle la plus éprouvée des nations européennes dans ses armées ? parce que toutes ses troupes passent par les colonies.

Dans un autre ordre d'idées, pourquoi les colonies sont-elles si fortement touchées par les maladies vénériennes ? C'est parce qu'elles sont peuplées de races routinières et indifférentes, se défendant mal contre toutes les infections, à moins que la nature ne les ait spontanément armées contre elles.

Pourquoi certaines professions (voyageurs de commerce), pourquoi les grandes villes et les ports paient-ils aux maladies vénériennes un si lourd tribut ? Parce que les déplacements, les courants d'étrangers favorisent les contaminations. Peut-être démontrerait-on sans peine que la prospérité du commerce correspond à une augmentation du mal vénérien, mais je m'arrête, car il n'y a pas de loi sans exception et il reste toujours un point d'une appréciation très délicate, c'est ce que j'appellerai le coefficient de race, coefficient qui entre probablement en ligne pour justifier les chiffres respectifs de 12 et 18 pour mille représentant la morbidité syphilitique annuelle dans les armées russe et autrichienne.

Je ne puis pas, faute d'espace, multiplier ces exemples dont il ressort selon moi que les faits ethnologiques, sociaux ou économiques, agissent beaucoup plus puissamment sur les maladies vénériennes que les mesures prophylactiques quelque rationnelles qu'elles soient. Cela ne veut pas dire qu'il faille se croiser les bras et observer d'un œil indifférent les progrès du mal, l'exemple de l'Italie et celui de l'Angleterre sont là pour justifier la surveillance des prostituées dans les grands centres, mais cela nous montre comment le mal se dérobe à notre action et comment en Allemagne, le pays de l'hygiène par excellence, Fobold admet 12 pour 100 de syphilitiques dans la population civile, chiffre presque égal à celui que Fournier admet pour Paris.

Cela posé, nous réunissons en trois groupes les moyens d'action susceptibles d'être mis en ligne contre les maladies vénériennes. Ces trois groupes sont :

(1) Rapport de M. LE PILEUR.



- 1° Moyens hygiéniques médicaux ou individuels ;
- 2° Moyens hygiéniques sociaux ;
- 3° Moyens administratifs.

**Moyens médicaux ou individuels.** — Le rôle du médecin est de tous les jours et s'adresse à tous les âges ; il est incontestable. A lui de faire connaître aux familles les dangers des maladies vénériennes, de reconnaître la syphilis chez ceux qui ne s'en soupçonnent pas atteints, à eux d'insister sur la nécessité d'un traitement prolongé, à eux de surveiller la descendance des anciens syphilitiques.

Le médecin doit en outre saisir toutes les occasions d'instruire les jeunes hommes de certaines particularités intéressantes, telles que celles-ci : éviter le plus possible les prostituées clandestines, surtout les jeunes, toujours plus dangereuses.

Il doit en outre agir sur ses malades syphilitiques pour les faire retarder le plus possible l'époque de leur mariage ou au moins de leur paternité ou de leur maternité.

Il doit surtout faire pénétrer dans sa clientèle l'idée que tout être intelligent doit éviter avec soin les maladies vénériennes, s'en guérir le plus vite possible et faire tout ce qui est nécessaire pour ne contaminer personne, que le syphilitique, quel que soit son sexe, qui contamine un sujet sain, commet un abus de confiance et peut-être un homicide par imprudence.

Quand doit finir le traitement ? c'est au tact de chacun à fixer cette limite ; nous sommes peu disposés à accepter quelque formule que ce soit pour répondre à cette question ; la syphilis est trop variable dans sa gravité. Mais en cas de doute mieux vaut pécher par excès, dépasser un peu les limites apparentes du nécessaire et dans la suite traiter les malades pendant deux à six ans par des séries de doses progressives d'iodure de potassium à prendre pendant une période de douze jours, dans les trois mois du printemps, suivant la méthode de Fournier.

Toutes les fois que le médecin d'un établissement scolaire est pressenti au sujet de conférences antivénériennes, il est à souhaiter qu'il se dévoue résolument à cette tâche au cours de laquelle il présentera à ses jeunes élèves l'hygiène individuelle sexuelle comme un véritable devoir.

**Moyens sociaux.** — On pourrait soutenir que les maladies vénériennes considérées comme plaie sociale résultent d'une faute sociale. En effet, si tout homme

ne connaissait qu'une femme et réciproquement ne tarderaient pas à s'éteindre ; la syphilis et symptôme de prostitution. Lutte contre la syphilis et lutte contre la prostitution sont donc deux termes équivalents pour le sociologue. Or, il est malheureusement vrai que nous n'avons que peu d'action sur les mœurs d'où découle la prostitution. Mais est-ce une raison pour ne pas analyser les causes du mal ? Nous ne le pensons pas ; il nous semble au contraire que les sociétés ont à cet égard les mêmes besoins que les individus ; comme lui elles connaîtront le mal et son remède et y surcomberont cependant, mais mieux que lui peut-être elles profiteront de ce qu'elles sauront, parce qu'elles ont pour elles la durée.

La civilisation qui, par la vapeur, multiplie les cas de syphilis, en atténue en même temps la gravité par les progrès de son traitement. Envisageant donc le côté social de la question, nous disons :

1° Avec le docteur GAUTIER qu'il y a lieu de souhaiter les mariages précoces.

2° Nous pensons également qu'il serait bon de rendre obligatoire un certificat médical d'aptitude au mariage. Problème difficile à résoudre, non pas tant à cause du sentiment de pudeur féminine (il y a des femmes médecins) qu'en raison des questions de droit général qui se dressent insolubles et redoutables en face des hygiénistes : La société peut-elle empêcher un syphilitique de se marier ? — Pour les spartiates la réponse n'eût pas été douteuse — mais nous ne sommes plus à une époque de rigorisme et nous devons nous contenter de répondre timidement « cela devrait être, au moins jusqu'à guérison probable. »

3° Les droits des enfants naturels doivent être égaux à ceux des enfants légitimes (Docteur GAUTIER).

4° Il est à souhaiter que la recherche de la paternité soit autorisée et que l'abandon des filles-mères soit condamné par la loi comme il l'est déjà par la morale (Docteur GAUTIER).

5° L'abandon d'enfants orphelins ou non de leur mère, équivalant à l'abandon d'une fille-mère.

Pour tout dire d'un mot, il faut que la noblesse de sentiments et la morale élevée qui n'abdiquent jamais leurs droits dans le fond des consciences, s'inscrivent peu à peu dans les lois.

Plus l'instruction se répandra, plus le sentiment de dignité personnelle s'élèvera et plus apparaitront l'obligation des traitements précoces et complets et la criminalité des propagateurs conscients de maladies

vénériennes, auxquels les Codes civil et pénal pourraient faire sentir leur responsabilité d'une manière plus immédiate.

Les sociétés de secours mutuels pourraient utilement répandre les notions élémentaires de prophylaxie parmi les voyageurs de commerce, comme cela se fait déjà dans l'armée et la marine.

On doit compter fermement sur l'instruction hygiénique spéciale dont M. FOURNIER s'est constitué le champion. Tout ce qui a été fait sous l'empire de cette idée directrice est inattaquable; elle est certainement la conception la plus heureuse, la plus illuminée, celle qui sera la plus féconde dans l'avenir. Dès l'instant que l'on enseigne aux enfants « que la femme enfante dans la douleur » il n'y a aucune raison pour ne pas enseigner aux adultes que l'homme et la femme risquent leur santé dans les excès ou les négligences sexuelles et que les précautions hygiéniques individuelles, fussent-elles bornées à un simple lavage diminuent beaucoup le danger.

Ce qu'il faut surtout développer chez les adultes c'est le sentiment de la dignité et de la responsabilité individuelle qui peut seul légitimer la liberté et conduire peu à peu à la suppression de la prostitution, c'est-à-dire à la disparition presque totale des maladies vénériennes et à leur radiation du cadre des plaies sociales.

Un mot seulement au sujet des colonies : races indigènes fatalistes, insouciantes et ignorantes, fréquence facile à prévoir des maladies vénériennes; voilà l'état des choses et sa cause. Toutes les colonies ne sont cependant pas sur le même pied parce que l'élément ethnique se place chez elle en première ligne; en opposition avec la race arabe si sensible à la syphilis nous avons en extrême Orient la race annamite sur laquelle le virus syphilitique évolue mal et s'éteindrait peut-être s'il ne se retrempait continuellement dans les sources chinoises et européennes.

Nous pouvons remarquer en outre que dans nos races coloniales où l'alcool n'a pas trouvé d'écoulement les formes cérébro-spinales de la syphilis sont extrêmement rares. Il y a beaucoup de cataractes chez les arabes, beaucoup doivent être d'origine syphilitique, mais on ne trouve ni tabes, ni paralysie générale, au moins n'en ai je jamais trouvé pendant un séjour de plus de huit années en Algérie au milieu d'une clientèle arabe souvent trop nombreuse, parmi laquelle les désastres osseux étaient fréquents. Ce qui

nous porte à penser que l'alcoolisme et le surmenage cérébral sont pour quelque chose dans la fréquence des syphilis cérébrales chez l'européen. Très dociles au « pénis du gouvernement » et pleines d'égards pour le médecin qui le manie, les régulières arabes sont peut-être la partie la moins dangereuse de la prostitution algérienne. Rien n'empêcherait d'instruire peu à peu les arabes par l'intermédiaire de leurs marabouts.

**Prophylaxie administrative.** — C'est l'ultimatum des hygiénistes, si l'on veut, c'est-à-dire le seul moyen de répondre actuellement au débordement de la prostitution; on ne peut, à notre avis, ni le supprimer ni le développer; il doit être manié avec tact et durera autant que la prostitution car, si répugnant qu'il paraisse, il est impossible de ne pas le considérer comme un grand bienfait; c'est tout ce que nous voulons en dire.

Encourager par une prime les déclarations volontaires d'accidents vénériens chez les prostituées ferait peut-être fléchir de quelques degrés la courbe des contagions. Mais si l'on envisage l'avenir, on ne peut que souhaiter l'abstention totale de l'administration dans une question où il est regrettable qu'elle ait été obligée d'entrer.

**Conclusions.** — Pour conclure nous dirons que le médecin doit envisager les moyens administratifs comme une pénible nécessité.

Qu'il doit appeler de ses vœux toutes les mesures législatives de nature à faire disparaître la prostitution en facilitant le mariage et en s'opposant à l'abandon des mères ou des enfants.

Qu'il doit demander la diffusion des notions d'hygiène sexuelle parmi les adultes et coopérer lui-même à cette diffusion toutes les fois qu'il le peut, afin que la jeunesse des nations civilisées soit instruite des dangers des maladies vénériennes et des responsabilités qui incombent à ceux qui les propagent, que les jeunes hommes prennent conscience des devoirs moraux de la paternité et que les jeunes filles soient élevées dans la haine de la prostitution, qui est pour la femme le plus cruel des esclavages et n'a pour excuse que d'être acceptée par son inconsciente victime.

# avortement dans un cas se du placenta (1)

gé des Facultés de Médecine  
ment à l'Université de Lille

'honneur de présenter à la  
particularités intéressantes,  
lus loin :

ins, entre dans le service de  
juin, avec le diagnostic de  
rtive.

et régulièrement menstruée  
t mariée à 21 ans. De 1890  
s. Elle a accouché à terme  
quatre enfants provenant de  
nts. En 1896 accouchement  
e fille morte à dix sept jours.  
t à terme d'un enfant vivant  
9, elle fait quatre grossesses  
es avortements à trois, six  
qu'elle attribue à des chutes  
détail que nous ayons pu  
ts, c'est qu'il se produisait,  
n placentaire qui dura dix  
plécémie.

es règles du 27 au 30 mars.

femme ne ressent rien de  
ses précédentes grossesses,  
ssements très précoces, elle  
gles.

uines que leur durée et leur  
des règles. Mais à partir de  
idiennement, pendant quel-  
anguin persistant, assez peu  
cette femme continue ses  
juin, brusquement, elle est  
morrhagie mélangée de gros  
e syncope. Elle continue à  
juin, jour de son entrée à

on entrée, cette femme ne  
alper ou trouve nettement  
mi-chemin entre le pubis  
on trouve le col ramolli,  
ent inférieur notablement  
ette femme n'a pas avorté  
inte.

dans le service d'accouche-  
ation.

que quotidiennement, pen-  
endant le jour, soit pendant  
suintement sanguin, très  
le linge.

iez abondante avec caillots.  
de la malade devient peu  
lli, se sent très faible et se  
it. L'utérus s'est développé  
n fond est à 14 centimètres  
t à 18 centimètres, dépas

rrhagie, peu abondante et

es du soir, apparition de  
uses accompagnées d'une

tedecine du Nord.

abondante hémorrhagie. Syncope ver-  
matin, le 14 juillet. Par le toucher, on  
est ouvert et que la tête du fœtus y est e  
par les membranes. En arrière de cette  
*ment le bord du placenta qui descend avec*

L'hémorrhagie s'étant arrêtée, on lais-  
A onze heures du matin on trouve l'œu-  
le vagin. Il est expulsé par quelques eff-  
Œuf complet, membranes intactes. L-  
*arrive au niveau de la tête fœtale.*

Un premier fait intéressant c'est qu-  
existait de façon indéniable une ins-  
placenta nettement constatée au début c  
hémorrhagies se sont produites à u  
grossesse très rapprochée du moment

Cette femme, en effet, était enceinte des premiers jours  
d'avril et dès le début de mai, une première hémorrhagie  
se produisait. Nouvelle hémorrhagie, très importante,  
celle-là, le 17 juin, alors que la grossesse ne datait guère  
de plus de dix-semaines et, enfin, pertes sanguines répétées  
aboutissant à un avortement de trois mois et demi au plus.

Ce fait me paraît être une excellente démonstration de  
la précocité de certaines hémorrhagies liées à l'insertion  
vicieuse du placenta. Cette précocité a été vue et signalée  
par un certain nombre d'accoucheurs, en particulier par  
MÜLLER et par PINARD ; mais la notion classique qui reste  
encore presque universellement répandue, et à tort, c'est  
que les hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta-  
ne se produisent qu'après le sixième mois de la grossesse

Dans ce cas, l'avortement me paraît devoir être rattaché  
à l'insertion vicieuse du placenta. On pourra m'objecter  
que la syphilis pourrait au moins être soupçonnée chez  
cette femme qui a fait quatre avortements antérieurs sans  
cause nettement déterminée. A cela je répondrai que cette  
femme ne présente aucun stigmate de syphilis, que le  
placenta est parfaitement normal, que le fœtus, enfin, s'il  
n'est pas né vivant, ne portait aucune trace de macé-  
ration et que sa mort est suffisamment expliquée par les  
hémorrhagies considérables qui se sont produites au  
moment de l'avortement. Cette fausse couche me semble  
donc devoir rentrer dans la catégorie des avortements que  
BARNES, RITGEN et PINARD considèrent comme causés par  
une insertion vicieuse du placenta.

Il me reste à dire quelques mots des difficultés aux-  
quelles je me suis heurté pour faire le diagnostic.

Deux faits m'avaient particulièrement frappé lors de  
l'examen de cette femme : 1° Son mauvais état général hors  
de proportion avec l'abondance de ses hémorrhagies ; 2° le  
développement excessif de l'utérus et son accroissement  
rapide relativement à l'âge de la grossesse. Alors, en effet,  
que la grossesse dépassait à peine trois mois, le fond de  
l'utérus se trouvait à 14 centimètres au-dessus du pubis.  
La grossesse n'étant pas encore de trois mois et demi, la  
hauteur de l'utérus atteignait 18 centimètres. Or, si on se

reporte aux constatations faites par PINARD, et indiquées dans son *Traité du palper abdominal*, on voit que, à trois mois accomplis, la hauteur de l'utérus varie de 8 à 11 centimètres et, à quatre mois, de 13 à 17 centimètres.

La coïncidence des hémorrhagies avec un développement exagéré de l'utérus est considérée, d'une façon générale, comme un signe important de présomption de grossesse molaire. Dans le cas actuel nous n'en pouvions avoir d'autre, car l'âge de la grossesse ne nous permettait aucune constatation en ce qui concernait le fœtus, trop peu développé encore pour que l'auscultation nous fît entendre ses pulsations cardiaques ou que le palper nous permit de le percevoir.

Ce mauvais état général et ce volume excessif de l'utérus avaient attiré mon attention sur la possibilité d'une grossesse molaire.

Dans ces conditions, j'avais pris le parti de faire un examen plus approfondi et de pratiquer le toucher intra-utérin. Il était, en effet, de la plus grande utilité d'avoir un diagnostic précis. S'il existait une grossesse molaire, l'indication était de vider l'utérus et il y avait grand intérêt à le vider le plus tôt possible.

Il est vrai que le toucher intra-utérin, au cas où la môle soupçonnée n'existerait pas, risquait fort de déterminer un avortement. Mais, en l'espèce, la crainte de cet accident me préoccupait peu car j'étais très persuadé, devant la fréquence des hémorrhagies, que la grossesse serait interrompue bien avant le terme.

C'est ce que j'avais expliqué à cette femme, après son hémorrhagie du 12 juillet et nous avions fixé le 15 juillet pour procéder à cette exploration.

L'événement devança l'exécution de ce projet, montrant, en tout cas, que le toucher utérin, seul capable d'éclairer complètement le diagnostic, n'eût certainement rien ajouté aux risques que courait la grossesse.

L'histoire de ce cas montre combien peuvent être grandes, parfois, les difficultés du diagnostic étiologique des hémorrhagies des premiers mois de la grossesse. C'est, en grande partie, pour cette raison que je l'ai rapporté.

## VARIÉTÉS & ANECDOTES

### La Médecine en Russie.

Dans le courant de l'année 1900, une des principales revues de Saint-Petersbourg, le *Mirr Bogyi*, commençait la publication d'une série d'articles intitulés : les *Mémoires d'un médecin*. Les articles étaient signés d'un nom inconnu, évidemment un pseudonyme : Docteur Veressaïef. Ils semblaient annoncer d'abord un simple roman sous forme d'autobiographie. Le héros y racontait ses études, son séjour à l'Université, ses débuts dans la carrière médicale. Mais dès le premier article

le récit s'entremêlait d'affirmations qui émurent vivement le public, et firent dresser l'oreille aux médecins. L'auteur y soutenait par exemple que les études médicales dans les hôpitaux, avaient pour conséquence de faire payer très cher aux pauvres les soins donnés. Plus loin on assistait à des erreurs de diagnostic, ou d'une opération où le héros devenait médecin à son tour, il vantait que tout ce qu'il avait appris ne qu'il ne savait ni reconnaître la nature d'un mal, ni appliquer les traitements les plus élémentaires que l'enseignement de la médecine, tel qu'il d'hui, est non seulement insuffisant, mais que les jeunes médecins d'un pouvoir dont ils font au détriment de leurs malades.

Mais ce fut bien autre chose encore le chapitre suivants. Renonçant à la forme du roman et terrible « docteur Veressaïef » abordait, les plus graves problèmes moraux de sa profession au public stupéfait que les opérations, même les plus banales, aboutissaient souvent à des accidents « nouveautés » médicales, même les plus simples de grandes chances d'être des poisons plus et que la médecine en général, sous sa forme actuelle, savait presque rien, du moins en tant que science. Un bon médecin, d'après l'auteur, n'était pas un artiste, un homme qui avait d'instinct la façon de dire la nature de ses clients et de deviner leur mal. Sans compter que, dans un chapitre encore que les autres, l'auteur se complaisait à raconter une centaine d'expériences faites par de fameux médecins, expériences consistant, pour la plupart, à guérir de nouvelles maladies, soit en guérissant de celles qu'ils avaient.

Aussi n'aura-t-on pas de peine à se représenter l'extraordinaire produite par ces audacieuses affirmations dans le public russe, et dans le particulier. Celui-ci se partagea aussitôt en deux camps : l'un accusait le docteur Veressaïef de trahison, de secret professionnel, tandis que l'autre, au contraire, hardiment sa défense et soutenait avec lui que, pour le public, à ce que l'on fût fixé sur les véritables pouvoirs de la médecine et de leurs limites, il se rua littéralement sur les *Mémoires* et les éditions du livre s'enlevèrent au fur et à mesure qu'il réimprimait : et, aujourd'hui encore, les *Mémoires* sont peut-être le livre le plus lu de la littérature russe contemporaine.

Le livre a été traduit en allemand, et l'auteur a été ému comme avait fait la Russie. Il a été et toutes les critiques qui en ont parlé se



## NOUVELLES & INFORMATIONS

Au Conseil général de l'Association générale de Prévoyance et de Secours Mutuels des Médecins de France, dans la séance du 19 juin 1902, la première partie de la séance a été consacrée à la question de l'intervention de l'Association générale auprès de la Commission sénatoriale, à propos des réformes proposées pour le baccalauréat et des dangers résultant de ces réformes au point de vue de l'encombrement de la profession médicale. Après une discussion, à laquelle ont pris part M. le président BROUARDEL, M. LEREBoullet et M. REYNIER, le Conseil décide, sur la proposition de M. BROUARDEL, qu'une lettre de protestation, dont la rédaction est confiée à M. LEREBoullet, sera adressée à M. le sénateur FABRE, et communiquée ensuite à l'un des grands journaux de la presse périodique.

M. le Secrétaire-général met le Conseil au courant de la persécution dont continue à être victime le Dr LEGRAIN (de Bougie) persécution qui présente tous les caractères d'un véritable chantage ; il propose au Conseil, qui accepte à l'unanimité, d'envoyer le dossier à M<sup>e</sup> DELIGAND, conseil judiciaire de l'Association, qui voudra bien faire savoir à M. le secrétaire général s'il y a moyen, pour l'Association, d'intervenir utilement en faveur du Dr LEGRAIN.

M. CORNIL aborde ensuite, devant le Conseil, la question du service militaire des étudiants en médecine. Après une discussion, à laquelle prennent part MM. BROUARDEL, LEREBoullet, CORNIL, DIEU, CRÉQUY, FOUCAULT, CHAUFFARD et LEPAGE, le Conseil confie à MM. CORNIL et DIEU la mission de rédiger un amendement destiné à être présenté à la Commission sénatoriale, amendement en vertu duquel les étudiants en médecine pourraient, à leur choix, ou bien faire, au début de leurs études, leurs deux ans de service comme soldats, ou bien, attendre la fin de leurs études pour faire leurs deux ans en qualité de sous-major.

Sur la proposition de M. le trésorier BLACHE, le Conseil vote les subventions suivantes : 300 francs à la Société de Constantine, 200 francs à celle d'Oran, 200 francs à celle de la Gironde, et 200 à celle de Loir-et-Cher. Il décide ensuite que les 30.000 francs provenant de la vente du pré de Refuge (legs MARJOLIN) seront consacrés à l'achat de 64 obligations de chemins de fer et que ces titres seront affectés à la Caisse des Veuves et Orphelins.

— Au Conseil général de l'Association générale de Prévoyance et de Secours Mutuels des Médecins de France, dans la séance du 17 juillet 1902, M. LEREBoullet, secrétaire-général, informe le Conseil qu'il a écrit à M. le sénateur FABRE dans le sens convenu, — que sa lettre a été lue au Sénat lors de la discussion et appuyée par M. CORNIL ; mais que, malgré tous les efforts de M. FABRE,

le Sénat a donné raison au Ministre de l'Instruction publique. Tous les baccalauréats sont donc mis sur le même rang, au point de vue de l'entrée dans la carrière médicale.

M. le Secrétaire-général apprend ensuite au Conseil, à propos de la question du service militaire des étudiants en médecine, que le Sénat a voté la suppression de toutes les dispenses. Mais il annonce que MM. CORNIL et DIEU se sont mis d'accord pour la rédaction d'un amendement qui sera présenté en seconde lecture, à l'effet de faire obtenir, aux étudiants en médecine, un sursis, à défaut de la dispense qui leur est refusée.

M. LEREBoullet fait part à ses collègues du résultat des poursuites engagées à l'instigation de la Société de Loir-et-Cher, contre le S. M..., prêtre interdit, qui pratiquait ouvertement l'exercice illégal de la médecine. Cet individu a été condamné à un mois de prison, cinq cents francs d'amende et cinq cents francs de dommages-intérêts envers le Syndicat. Avis sera donné de cette décision judiciaire à M. le Doyen de la Faculté de médecine de Paris, afin qu'il puisse mettre opposition à la continuation des études médicales du condamné.

Le Conseil aborde ensuite la discussion de la question soulevée par M. LEPAGE, au sujet de l'admission des internes dans l'Association. MM. LIOUVILLE, LEPAGE, LEREBoullet et BUCQUOY prennent successivement la parole, et il est reconnu que cette admission n'est possible qu'à la condition d'apporter aux statuts une modification qui paraît, d'ailleurs, ne devoir entraîner aucune difficulté.

M. le Trésorier demande l'avis du Conseil sur ce qu'il doit faire des rentes 3 1/2 %, possédées par l'Association, et l'opinion unanime du Conseil est qu'il faut accepter la conversion en 3 %.

Sur la proposition de M. BLACHE, une subvention de 300 fr. est accordée à la Société d'Alais, une de 200 fr. à celle de la Nièvre, et une de 150 fr. à celle de l'Aube.

M. le Secrétaire-général rappelle au Conseil que l'annuaire est terminé, et que, à partir d'octobre ou de novembre prochain, il sera remplacé par un bulletin bi-mensuel, sans annonces commerciales.

Le Conseil s'ajourne ensuite au 3<sup>me</sup> jeudi d'octobre.

— Dans sa session de Toulouse (avril 1902), le Congrès français de médecine interne a décidé qu'à l'avenir les sessions se tiendraient alternativement à Paris et en province et seraient présidées par un président local.

M. le professeur Jaccoud, qui avait été désigné à Toulouse pour présider la session qui aura lieu à Paris en 1904, ayant décliné l'offre qui lui était faite, le Comité permanent du Congrès a procédé à l'élection d'un nouveau président.

Le bureau est définitivement constitué de la façon suivante :



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT  
5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT  
pour les ÉTUDIANTS  
3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; Barrois, professeur de parasitologie ; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; Carlier, professeur de pathologie externe ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé ; Guérin, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Kéraval, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; Looten, médecin des hôpitaux ; Manouvriez (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; Surmont, professeur de pathologie interne et expérimentale ; Verdun, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. POTEI, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes.

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Deux tumeurs thyroïdiennes de la base de la langue, par MM. les docteurs Gaudier, professeur-agrégé, et Chevalier. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Deux cas de tumeurs thyroïdiennes de la base de la langue

Par MM. les docteurs Gaudier, professeur-agrégé, et Chevalier

OBSERVATION I. — Le 22 août 1900, se présentait à la consultation une jeune fille de vingt-et-un ans, de bonne santé apparente, atteinte de troubles de la déglutition et de la phonation. Ce n'est pas de dysphagie qu'elle se plaignait, mais d'une certaine difficulté pour avaler les bouchées un peu grosses.

La voix possédait le timbre nasal, jamais très sonore, souvent rauque ou sourde. La malade rattachait tous ces troubles à la présence sur la langue d'une tumeur qu'elle portait depuis bientôt cinq ans, et dont elle avait été opérée il y a deux ans à Paris. L'opération avait, paraît-il, consisté en le morcellement de la tumeur, suivi de cautérisations. Elle avait été soulagée pendant plus d'un an et demi, mais le retour des accidents la force à rentrer à l'hôpital.

A l'examen de la bouche et de la base de la langue au moyen du miroir laryngien, on aperçoit facilement, en arrière du V lingual, une tumeur arrondie médiane, du volume d'une grosse noix et refoulant un peu l'épiglotte. Cette tumeur est recouverte d'une muqueuse d'apparence normale, et un fin lacs de vaisseaux variqueux lui forme une couronne. A la palpation, la consistance en est rénitente, presque molle : la muqueuse de la langue paraît glisser dessus facilement, mais la tumeur est adhérente profondément dans la masse charnue des muscles de la langue.

Le reste de la bouche est normal, pas de grosses amygdales, pas d'hypertrophie du tissu lymphatique du pharynx buccal. Le larynx est intact, sans lésion des cordes vocales, qui fonctionnent bien.

Du côté du cou, on ne constate aucune saillie correspondant à la tumeur linguale. Par la palpation profonde de la région sushyoïdienne, on perçoit difficilement le relief de la masse, et le toucher buccal combiné ne donne pas d'indications précises sur le volume et les adhérences possibles. Le corps thyroïde est petit, il n'y a pas de ganglions sous-maxillaires ou cervicaux. La santé générale est bonne, tout au plus peut-on noter un certain degré de nervosité coïncidant avec une légère exophtalmie, mais sans palpitations, sans les troubles particuliers que l'on rencontre même dans les formes frustes de la maladie de Badesow. Il n'y a pas de fièvre, le cœur et les poumons sont sains. La numération des globules a été faite, ainsi que l'analyse des urines et n'a rien montré d'anormal.

Le diagnostic n'était pas précisément facile : tumeur maligne ou tumeur bénigne, tumeur solide ou liquide ? On pouvait penser à une tumeur bénigne de préférence à une maligne, car l'évolution avait été très lente et il y avait absence d'adénopathie, de douleurs et de troubles généraux. La tumeur, il est vrai, est peu ou pas mobile ; mais, dans la langue, il est très difficile de préciser le degré de mobilité d'une tumeur, car le muscle, en se contractant, bride la masse et l'immobilise.

Tumeur bénigne, mais laquelle ? Les kystes occupent ce siège à la base de la langue, mais ils sont, en général, plus mous et présentent de la fluctuation manifeste. La coloration superficielle est aussi différente : car le kyste, étant souvent sous-muqueux, laisse percevoir à travers la transparence de cette mince





neuses fines, à trajet parallèle à la surface épithéliale, légèrement ondulées.

Cette couche, au niveau du centre de la tumeur, ne dépasse pas 0<sup>mm</sup><sub>3</sub>, de sorte que l'on peut dire que le tissu néoplasique que nous allons rencontrer plus profondément affleure presque à la surface muqueuse. Sur les bords de la coupe, vers les régions saines, cette couche conjonctive devient beaucoup plus épaisse.

On trouve dans cette couche conjonctive, répondant au derme de la muqueuse :

a) Des vaisseaux sanguins. Les uns capillaires, encore gorgés de sang ; d'autres à paroi musculaire

Nous arrivons maintenant à la masse néoplasique proprement dite.

De la couche conjonctive que nous venons de décrire se détachent vers la profondeur des travées qui s'enfoncent dans le tissu néoplasique et le cloisonnent de toutes parts, limitant une infinité de vésicules de toutes dimensions, dont l'ensemble constitue la masse même de la tumeur. Celle-ci est donc essentiellement formée de vésicules closes séparées les unes des autres par des lames conjonctives émanées du derme de la muqueuse. Parmi ces vésicules, les plus grandes, atteignant 1 millimètre à 0<sup>mm</sup><sub>7</sub>, sont donc visibles à l'œil. Les plus petites ne dépassent pas 10 à 14  $\mu$ .

Il existe une certaine régularité dans la topographie de toutes ces vésicules closes. Les plus grandes abondent vers le centre et les couches profondes, les plus petites forment comme une ceinture de petits îlots à la périphérie de la tumeur. Quelques-unes même s'égareront jusqu'au voisinage le plus proche de l'épithélium. Il est certain que la section chirurgicale a porté en pleine masse néoplasique, dont une grande partie a dû certainement rester en place.

Dans les travées conjonctives inter-vésiculaires il n'y a rien à signaler qu'une abondance assez grande de vaisseaux.

Dans les vésicules mêmes on trouve :

a) Des masses homogènes légèrement rétractées par l'alcool, remplissant complètement les vésicules. Ces masses ont tous les caractères optiques et chimiques du véritable colloïde thyroïdien.

b) Un revêtement épithélial continu formé de petites cellules cubiques ou légèrement cylindriques.

c) Sur certaines vésicules on voit les vestiges de la paroi propre, mais en général celle-ci n'apparaît pas et dans la plupart des vésicules l'épithélium semble sieger directement sur la travée conjonctive limitante.

En somme, on a sous les yeux une véritable coupe de corps thyroïde, qui ne diffère d'une coupe de corps thyroïde normal que par sa situation absolument aberrante au milieu du derme de la muqueuse linguale.

A un faible grossissement, on constate que le revêtement épithélial présente une diminution d'épaisseur notable ; il est réduit à 70  $\mu$ , et se trouve limité par un bord rectiligne sans trace aucune d'élévations papillaires. A la surface existe une couche cornée se colorant en jaune et orange par l'acide picrique. Cette couche n'est pas continue et n'est pas régulière. En certains points elle est très épaisse, représente plus de la moitié de ce revêtement, puis redevient mince et manque totalement ailleurs. Sur les parties latérales on peut voir les papilles reparaitre, mais elles sont larges, peu élevées, comme aplaties par l'expansion du néoplasme sous-jacent.

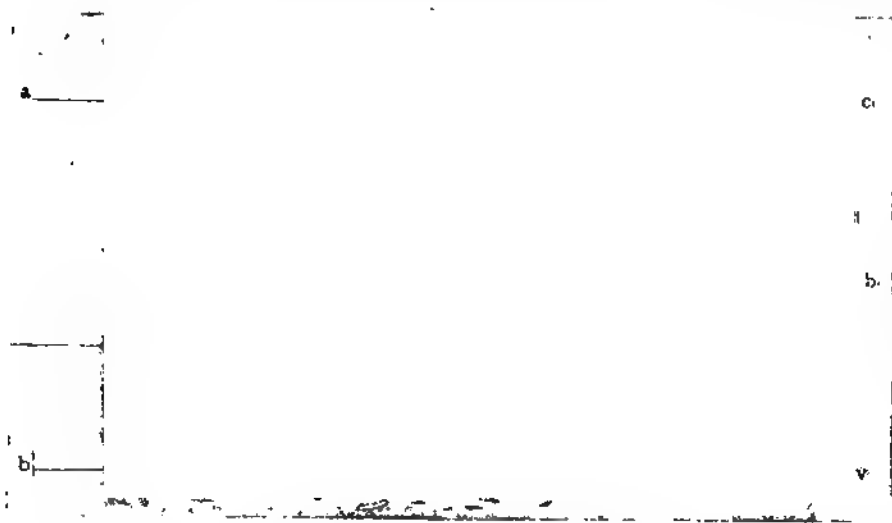


Fig. 2. — Coupe d'une partie du néoplasme à un fort grossissement montrant la structure thyroïdienne typique

EXPLICATION DES LETTRES DES FIGURES. — *a*, Épithélium de la muqueuse buccale, *b*, Derme conjonctif de la muqueuse et travées conjonctives inter-vésiculaires du néoplasme, *c*, Couche cornée de l'épithélium, *d*, Vaisseau du derme ; *e*, Vésicules closes à contenu colloïde et substance colloïde remplissant les vésicules qui forment la masse du néoplasme, *f*, Petit épithélium cubique qui tapisse les vésicules closes.

vides, et parfois atteints d'une légère hypertrophie de la musculaire.

b) Des fentes lymphatiques, par places ectasiées ; surtout sur les bords de la coupe au niveau de la transition avec les parties saines.

c) Quelques points d'infiltration leucocytaire, surtout au voisinage de l'épithélium.

Ce qui frappe surtout, c'est que dans toute l'étendue de la coupe il n'existe aucune trace de fibres musculaires, de sorte que, sans être prévenu, il serait impossible de reconnaître que l'on a sous les yeux un fragment de la langue.

d) On trouve sur les bords de la coupe à droite et à gauche, dans la couche conjonctive, qui s'épaissit à ce niveau, des petits groupes de glandes muqueuses acino-tubuleuses, pourvues d'un épithélium formé de grosses cellules muqueuses claires et prenant fortement l'hématoxyline.

En quelques points, ces glandes présentent de la sclérose inter-acinique très nette, en même temps que leurs cellules paraissent nécrobiosées (noyau non colorable, plus de coloration du mucus par l'hématoxyline, cellules transformées en petits blocs incolores).



cette glande, pour éviter les accidents possibles de myxœdème.

L'opération était terminée. Elle avait duré près d'une heure, surtout à cause du sommeil agité de la malade, qui en se contractant, faisait saigner la plaie opératoire plus que de raison. Il n'y eut aucune alerte du côté de la respiration.

Suture des plans musculaires au catgut, rapprochement des fragments hyoldiens au fil de soie, suture de la peau au crin de Florence : étant donnée la grande cavité créée par l'abrasion au centre de la langue, un petit drain y fut laissé, sortant à la partie inférieure de la plaie.

Les suites furent des plus normales : sans élévation de température et sauf un peu de gêne à la déglutition pendant les premières quarante-huit heures.

*Examen microscopique de la pièce.* Pf. CURTIS. — La tumeur enlevée pèse 12 grammes. Elle a le volume d'une grosse noix.

A son pôle supérieur, se voit nettement le début du cordon épais comme un porte-plume et long de près d'un centimètre qui la reliait à la face profonde de la muqueuse linguale, au niveau du foramen cœcum.

Sur une coupe, la tumeur présente des points clairs se détachant sur un fond sombre, rappelant par son aspect le tissu sarcomateux.

La masse présente à la palpation une consistance élastique. En totalité la pièce a été remise au professeur CURTIS, qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

La pièce examinée est du volume d'une grosse noix et complètement encapsulée. Sur la coupe, le tissu est tout à fait mollassé, d'aspect sarcomateux, présentant des régions blanches et rouges qui alternent. On ne voit pas à l'œil un tissu d'aspect kystique, mais à la loupe on reconnaît de petites cavités.

Sur une coupe, on constate que la totalité de la tumeur est formée uniquement de vésicules arrondies et de tubes irréguliers plongés au milieu d'un stroma conjonctif.

Cette structure, dans son ensemble, rappelle en tous points les dispositions des glandes thyroïdes normales.

Nous aurons donc à examiner successivement :

1° L'élément glandulaire ;

2° La charpente conjonctive.

1° *Glande.* — L'élément glandulaire est représenté par des vésicules de formes variées, quelques-unes tout à fait rondes, d'autres lobulées, soit en cœur, soit en feuille de trèfle ou même de formes encore plus ramifiées.

Dans certaines régions, les vésicules s'allongent considérablement et se transforment en véritables tubes munis de diverticules plus ou moins nombreux. Le plus grand nombre des vésicules arrondies mesure environ 140  $\mu$  de diamètre. On en trouve toutefois de dimensions très variables. Elles peuvent se réduire à 28 ou 30  $\mu$  et atteindre en d'autres points jusqu'à 80  $\mu$ .

Les parties tubuleuses forment des boyaux parfois très longs, se terminant par un ou plusieurs renflements. Toutes ces vésicules sont revêtues d'un épithé-

lium parfaitement conservé, épithélium formé d'un seul rang de cellules cylindriques, dont la hauteur varie de 15 à 12  $\mu$ . Ces cellules présentent, du côté de la lumière, un bord très net, et, en certains points même, comme un épaississement cuticulaire. Leur base repose sur une membrane limitante très mince, qui n'est point partout visible, et qui, sur les coupes colorées à l'hématoxyline au fer et au Bordeaux, se déceale comme un liseré d'une coloration rouge très foncé.

Dans le corps même des cellules, on voit sur des préparations colorées à l'Erlich-Biondi, des grains arrondis, les uns près du noyau, les autres tout à fait près de la lumière glandulaire. Ces grains arrondis mesurent environ 1 à 2  $\mu$  et se colorent fortement à la fuchsine acide, absolument comme la matière colloïde qui remplit le centre des vésicules.

En un mot, on assiste au mode de production intracellulaire de la substance colloïde. Celle-ci se trouve accumulée au centre des vésicules sous forme d'une masse hyaline, se colorant fortement par la fuchsine acide et rétractée sur ses bords par l'action des agents fixateurs.

Il faut noter qu'il existe une très grande irrégularité dans la répartition des masses colloïdes. Toutes les vésicules n'en renferment pas, on peut même dire que c'est le plus petit nombre qui paraisse encore se trouver en activité sécrétoire.

Beaucoup de ces cavités glandulaires et principalement les formes les plus allongées sont vides ou renferment au lieu de colloïdes, des amas de fibrine granuleuse. La présence de cette fibrine s'explique par l'examen d'une coupe d'ensemble : en certaines régions, on constate de véritables hémorragies intravésiculaires ; des globules sanguins et de la fibrine se trouve accumulés en un grand nombre de points dans les vésicules thyroïdiennes.

*Mode de groupement des vésicules.* — Les vésicules dans leur groupement présentent quelques variétés ; absolument contiguës en certains points, elles ne laissent entre elles que de minces travées de tissu conjonctif : on peut dire qu'elles sont là adossées les unes aux autres. Ailleurs elles s'éloignent et sont séparées par de larges travées. Il existe enfin des points dans lesquels les vésicules, très dilatées, ne sont plus munies que d'un petit épithélium aplati, presque lamellaire, et où elles forment par leur réunion un tissu aréolaire.

*Stroma conjonctif.* — Sur la structure du stroma nous pouvons être brefs. Il est formé de faisceaux de fibres lamineuses très serrées qui ont pris un aspect hyalin. Là où les faisceaux sont coupés transversalement, on reconnaît encore très bien les lignes polygonales irrégulières qui en limitent les contours, mais là où les faisceaux sont coupés suivant leur axe, leur structure fibrillaire a totalement disparu. De sorte que les vésicules thyroïdiennes semblent plonger dans un stroma presque amorphe où l'on trouve très peu de noyaux du tissu conjonctif. Des vaisseaux nombreux et de dimensions très variables parcourent en tous sens l'épaisseur même des travées conjonctives.

de tumeurs solides intra-linguales ne sont pas rares. Nous en citons deux cas authentiques. Leur origine est toute récente et à part une seule exception, la thèse d'ARMEILLA (1), les autres sont rares.

Nous allons ici rappeler les données indispensables à connaître pour le développement de la glande thyroïde. Considérer actuellement cette glande naissant uniquement aux dépens du cordon thyro-glosse, et ventral naissant de l'épithélium dans une région qui, par la suite, se divise en une région d'union des trois rudiments de la glande et du foramen cœcum.

La glande subit un mouvement de descente ainsi peu à peu du point où elle a

environ 10 millimètres, elle n'est plus rattachée au cordon thyro-pharyngien que par un long et fin cordon thyro-glosse, qui, normalement, dans les stades ultérieurs.

Enfin, cependant, le cordon tout entier disparaît, laissant ses restes, tantôt pleins, tantôt vides, sous une membrane plus ou moins étroite, persistant sous le nom de canal thyro-glosse. L'ouverture de ce canal se trouve au foramen-cœcum.

Enfin, l'ébauche thyroïdienne s'abaisse et se divise avant de la trachée et prend la forme d'un triangle dont la concavité embrasse ce triangle. Elle se divise nettement en deux lobes par une partie étroite qui constitue le isthme médiane par une partie étroite qui constitue le isthme. Les lobes latéraux s'accroissent, de telle sorte que leurs extrémités remontent de chaque côté de la base du larynx.

Les éléments mal connus ce phénomène, le corps thyroïde peut être entravé dans son développement. Dans le premier cas, quelques éléments ne suivent pas le mouvement de incurvation de l'organe et restent en place de la muqueuse bucco-pharyngienne de départ. Dans le second cas, la glande reste en place et au lieu de descendre, elle reste au foramen cœcum, bien encapsulée et constitue l'ébauche de la langue.

Enfin, anatomique, la différence essentielle entre les deux formes est la suivante : dans la première, la tumeur adhère profondément à la muqueuse linguale, elle n'est pas encapsulée. Elle est d'une dissection minutieuse, elle est plutôt pharyngienne que linguale, c'est-à-dire saillante dans la bouche, plutôt que dans la région sus-hyoldienne ; dans la seconde, il existe une capsule, la tumeur est moins adhérente, dissection plus facile, plutôt linguale que pharyngienne.

Nous insistons encore sur la différence qui existe entre ces deux variétés : thyroïde totale ou thyroïde partielle, car au point de vue du traitement, il y a là un intérêt capital.

En effet, dans les cas où la tumeur linguale est la glande thyroïde entière, son ablation peut provoquer les mêmes phénomènes cliniques qui accompagnent la thyroïdectomie totale.

Au point de vue anatomo-pathologique, les tumeurs thyroïdiennes, évoluant à l'intérieur de la langue, se présentent sous deux aspects différents : dans le premier cas, la tumeur est encapsulée ; dans le second elle ne l'est point et plonge en plein dans les masses musculaires de la langue.

La tumeur encapsulée répond à la thyroïde entière arrêtée dans son évolution et dans sa descente, et comporte des indications tout à fait spéciales, que nous étudierons au chapitre réservé au traitement.

Quant à la tumeur non encapsulée, elle représente un fragment de la masse primitive, qui isolé du corps principal de l'organe, s'est développé en plein tissu lingual. Il n'y a point à proprement parler infiltration du tissu de la tumeur dans la masse linguale, mais il n'y a que quelques minces travées conjonctives qui isolent le néoplasme du tissu lingual.

Nous allons avoir à étudier successivement :

- 1° La glande et ses éléments sécrétants ;
- 2° La charpente conjonctive.

A. Les éléments glandulaires sont représentés par les vésicules closes. Il existe en général une certaine régularité dans leur répartition. Les plus grandes abondent vers les parties profondes de la tumeur, alors que les plus petites forment comme une ceinture de petits ilots à la périphérie.

Les formes de vésicules varient depuis la forme classique arrondie jusqu'aux formes les plus ramifiées (en cœur, en feuille de trèfle, etc.). Dans certaines régions, elles peuvent présenter des dilatations, des

allongements qui en font de véritables tubes glandulaires à diverticules nombreux.

On considérerait, il y a quelques années encore, comme *anormales et pathologiques* ces formes tubulées et ramifiées que l'on rencontre dans le corps thyroïde. Beaucoup d'auteurs font de ces cas des adénomes, c'est-à-dire des tumeurs bénignes il est vrai, mais qui impliquent une conception pathologique.

Or (1), VIRCHOW, le premier, puis BOÉCHAT, ZEISS et plus récemment HIRTZIG, ont admis que les vésicules thyroïdiennes ne sont pas aussi indépendantes qu'on le disait, mais que leurs cavités pouvaient communiquer largement les unes avec les autres. STREIFF a montré :

1° Que les vésicules thyroïdiennes ne sont pas toujours des sacs arrondis, sphériques ou ovoïdes. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des follicules tubuleux comme les acini des glandes en tube, avec cette différence cependant que dans le cas du corps thyroïde, les tubes sont fermés à leurs deux extrémités.

2° Que contrairement à l'opinion classique et d'accord avec celle de VIRCHOW, BOÉCHAT, ZEISS et HIRTZIG, les vésicules thyroïdiennes, quelles que soient leurs formes, présentent fréquemment des diverticules de dimensions plus ou moins considérables et communiquant largement avec la cavité principale.

Toutes les vésicules qu'on rencontre dans les tumeurs thyroïdiennes intra-linguales sont revêtues d'un épithélium à une seule rangée de cellules cylindriques ou cubiques dont la hauteur varie entre 5  $\mu$  et 15  $\mu$ .

La base de ces cellules épithéliales de revêtement repose sur une membrane basale limitante, très mince qui, sur des coupes colorées à l'hématoxyline et au rouge de Bordeaux, se décèle comme un liseré d'une coloration rouge très foncé.

Les noyaux sont nettement colorés à l'Erlich-Biondi et, en colorant à la fuchsine acide, on aperçoit des grains arrondis, mesurant 1 à 2  $\mu$ . Ces grains arrondis représentent soit des gouttelettes de substance colloïde, soit des grains acidophiles d'origine nucléaire. Les uns d'ailleurs sont situés près du noyau, les autres à la périphérie des cellules.

La matière colloïde est renfermée à l'intérieur des

vésicules. La masse hyaline qui la représente se colore fortement par la fuchsine acide. La répartition de cette matière colloïde est très irrégulière.

Certains acini présentent au lieu de matière colloïde, des amas de fibrine granuleuse, de globules rouges et de leucocytes. Ce sont des restes d'hémorragies intra-vésiculaires, que l'on constate d'ailleurs en certaines régions.

B. De la couche conjonctive périphérique se détachent, vers la profondeur, des travées, s'enfonçant dans la tumeur et la cloisonnant dans tous les sens. Ces travées conjonctives limitent les vésicules thyroïdiennes. Le stroma conjonctif est formé de faisceaux de fibres lamineuses, serrées, qui ont pris un aspect hyalin.

Ce stroma conjonctif renferme les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Les renseignements incomplets fournis par un nombre très restreint d'observations ne permettent point des considérations étiologiques bien solides.

Nous nous contenterons de retenir deux faits saillants et qui paraissent bien établis à savoir : 1° l'influence du sexe, 2° l'apparition fréquente de la tumeur à la puberté.

Au sexe féminin, en effet, se rapportent 19 des cas signalés; 3 seulement (ceux de LUCKE, REINTJES, BENJAMINS) ont trait à des hommes.

C'est vers quinze ans et jusqu'à trente, qu'on rencontre le plus fréquemment notre variété de tumeur. Ces données étiologiques de sexe et d'âge ne diffèrent pas d'ailleurs de celles qui concernent le goître du cou.

La puberté joue donc un rôle dans le développement de ces tumeurs. Il faut probablement voir là un rapport, mystérieux encore, entre l'éveil des fonctions génitales et le complet développement des appareils glandulaires de l'économie.

Quant à l'évolution du néoplasme elle est très lente et sa présence peut être ignorée totalement de la malade.

Ce n'est généralement que plusieurs années après l'apparition d'une certaine gêne que les malades viennent trouver le médecin pour des troubles fonctionnels qui, insignifiants au début, ont augmenté d'une façon progressive.

La symptomatologie des tumeurs linguales thyroïdiennes est très banale.

La plupart des symptômes leur sont communs avec

(1) POIRIER. — *Traité d'anatomie humaine* : Art. thyroïde. — Paris, 1898.



vibratiles. Le liquide kystique est visqueux, filant, comparable à du blanc d'œuf.

Au point de vue symptomatologique, tout les rapproche des tumeurs solides thyroïdiennes : indolence, lente évolution, troubles de la parole et de la respiration. Aussi ne s'étonne-t-on pas que bon nombre aient passé inaperçues pendant la vie et soient des trouvailles d'autopsie.

Quand le kyste a atteint un certain volume, *celui d'une noix*, et qu'il est *devenu superficiel*, le diagnostic est facile, car *la fluctuation se constate* sans difficulté, mais si le kyste est profond, ce caractère peut manquer et dès lors toutes les erreurs sont possibles et ne peuvent être levées que par la ponction exploratrice.

Le diagnostic sera donc souvent hésitant entre tumeur linguale solide et tumeur kystique thyroïdienne.

Les kystes dermoïdes sont rares, le plus souvent antérieurs et adhérents au squelette (généiens ou hyoldiens). Leur consistance est pâteuse. Postérieurs, il s'agit plutôt de tumeurs de la région sus hyoldienne évoluant du côté de la langue.

Les autres kystes de la langue occupent soit un siège différent du nôtre (kystes salivaires) ou bien sont des trouvailles, des curiosités scientifiques (kystes parasitaires, lymphatiques) et nous ne nous en occuperons point.

Les *lipomes* sont excessivement rares, sans doute à cause de l'absence presque totale de tissu graisseux dans l'intérieur de la langue.

Ce sont des tumeurs molles, à croissance lente et silencieuse. La transparence jaunâtre du tissu adipeux est caractéristique,

Cette variété de tumeurs siège de préférence à la partie moyenne et à la pointe de l'organe, par suite de la migration de la masse néoplasique, continuellement chassée vers la pointe par les contractions des fibres musculaires.

Les *fibromes* ne sont point fréquents non plus. C'est surtout chez l'homme qu'on les a signalés, soit à l'état de pureté, soit associés aux tissus graisseux, cartilagineux ou osseux.

Ils tendent à se pédiculiser assez vite et prennent l'aspect polypode, ce qui en facilite bien singulièrement le diagnostic.

*L'amygdale linguale* hypertrophiée se rencontre assez couramment. Son siège à la base de la langue coïncide avec celui des tumeurs que nous étudions. Mais un

simple examen au miroir montre vite qu'il s'agit d'une tuméfaction superficielle qui ne forme pas tumeur dans l'épaisseur du tissu de la langue.

Les *varices* de la langue signalées par LENNOX-BROWNE en 1880, sont presque toujours ignorées du sujet et reconnues grâce à un examen de la cavité buccale. Il n'y a point tumeur véritable dans ce cas et, au-dessous des varicosités bleuâtres aux dilatations serpentines, les tissus de la langue ont leur consistance normale.

Les *angiomes* sont communs et s'observent peut-être de préférence à la base de la langue. La coloration, la mollesse, la réductibilité, la consistance de la tumeur au toucher sont caractéristiques. Les troubles fonctionnels sont presque nuls.

Les *gommès syphilitiques* évoluent d'une manière bien différente. Rarement uniques, elles s'enflamment et se ramollissent vite. Les commémoratifs et la présence d'autres accidents spécifiques mettent sur la voie du diagnostic.

En résumé, en présence d'une tumeur de la base de la langue développée au niveau du *foramen cœcum*, apparue chez une jeune femme, sans douleurs et sans troubles de l'état général, on doit penser à une tumeur linguale de nature thyroïdienne.

L'examen au miroir laryngoscopique, le toucher uni ou bi-digital, fourniront de précieuses indications sur la forme, le volume, la coloration, la consistance et la mobilité de la tumeur.

Le diagnostic, en somme, peut et doit être posé dans la grande majorité des cas ; nous verrons au chapitre du traitement toute l'importance qu'il y a à ne point méconnaître la vraie nature de la tumeur.

Le traitement des tumeurs intra-linguales de nature thyroïdienne est à l'heure actuelle purement chirurgical.

Les médications iodurées, arsenicales, les injections modificatrices et sclérosantes avec la teinture d'iode et le chlorure de zinc ont été tentées plusieurs fois sans résultats appréciables.

L'extirpation de la tumeur reste donc le seul traitement. Deux grandes voies s'offrent au chirurgien : la *voie buccale* et la *voie sus ou trans-hyoldienne*.

Ces deux voies elles-mêmes ont été employées avec des variantes diverses. Nous allons les énumérer, les décrire et en discuter les différentes indications.

*Voie buccale.* — Nous distinguerons ici deux procédés opératoires. Le premier est le plus simple et le plus suivi jusqu'à présent dans le traitement de





torique du procédé. Nous allons lui emprunter les caractères principaux en complétant les lacunes.

C'est GUSSENBAUER, qui le premier en 1801, pénétra dans le pharynx par une incision longitudinale médiane avec section de l'os hyoïde.

GALISH en 1887, DUBAR en 1883 employèrent le même procédé ; le premier pour une tumeur de nature thyroïdienne, le second pour un kyste dermoïde de la base de la langue.

Depuis les publications de VALLAS (1) beaucoup d'opérateurs se sont servis de la voie transhyoïdienne pour l'ablation des tumeurs de l'épiglotte ou de la base de la langue ou pour le traitement des rétrécissements pharyngés.

Il est bien entendu que la voie transhyoïdienne dans le cas particulier que nous étudions doit rester *extra-pharyngée* et *extra-buccale*.

Le manuel opératoire de cette voie transhyoïdienne dans les cas qui nous intéressent, est relativement simple. Il comprend trois temps principaux.

Dans un premier temps on fait la section de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. L'incision part de la symphyse mentonnière et va jusqu'à l'angle supérieur du cartilage thyroïde. Quelques branches veineuses anastomotiques n'arrêteront point longtemps l'opérateur. Quant aux artères on n'en rencontre généralement pas, en tout cas leur importance est tout-à-fait insignifiante.

L'aponévrose superficielle est ainsi mise à nu ; par une ponction légère avec la pointe du bistouri, on fait une petite ouverture qui sert à passer une sonde cannelée. On incise par-dessus l'aponévrose.

Le raphé médian séparant les deux muscles mylo-hyoïdiens apparaît alors. Une anesthésie profonde est nécessaire pour éviter les mouvements de la malade ; sans cette précaution, la ligne médiane serait vite abandonnée. On rencontre à ce moment les deux ou trois ganglions qui existent à la région sus-hyoïdienne médiane.

On n'a point à s'en occuper dans le cas de tumeur thyroïdienne de la base de la langue, l'adénopathie faisant toujours défaut.

La section du raphé médian, intermédiaire aux mylo-hyoïdiens est alors pratiquée. On écarte les génio-hyoïdiens et on passe librement entre les hyoglosses, sans avoir besoin de recourir à une section

musculaire. L'os hyoïde apparaît dans le champ opératoire.

Commence le second temps de l'opération. Le corps de l'os hyoïde est dénudé avec soin et sectionné facilement, soit avec la cisaille de LISTON, soit à son défaut à l'aide d'une paire de forts ciseaux.

Autant que possible, il faut ruginer un peu la partie médiane, de manière à avoir de bons lambeaux périostés, ce qui aura son utilité par la suite.

La section de l'os doit porter sur la ligne médiane, on évitera ainsi les déplacements consécutifs des deux fragments lors de la consolidation et les déformations asymétriques du squelette lingual et des cartilages du larynx qui pourraient survenir. Deux écarteurs sont alors placés sur les fragments hyoïdiens et confiés à un aide.

Le troisième temps opératoire est simplifié lorsqu'on a affaire à une tumeur linguale de nature thyroïdienne. Ici, en effet, on doit éviter l'ouverture du pharynx ou de la bouche. L'écartement des deux fragments de l'os sectionné, va entraîner les fibres des mylo-hyoïdiens. On parvient ainsi sans difficulté sur la base de la langue et la partie inférieure de la tumeur.

L'écartement des fragments de l'os hyoïde peut être porté jusqu'à quatre centimètres et ce champ opératoire permet d'attirer la tumeur au moyen de pinces et d'en pratiquer la dissection et l'extirpation.

On termine l'opération en suturant au fil d'argent les deux fragments de l'os hyoïde. VALLAS ne croit pas bien nécessaire cette réunion de fragments osseux. Cependant cette réunion évite une consolidation vicieuse possible et comme elle ne complique point beaucoup l'opération, il vaut mieux la pratiquer pour la sécurité du chirurgien.

Doit-on réunir complètement ou pas du tout ? Les avis sont également partagés. JABOULAY, lui, préconise dans une intervention analogue le pansement à plat de la plaie opératoire, sans aucune réunion.

Sans aller jusque là, nous estimons prudent de ne point fermer hermétiquement la plaie et de laisser à la partie déclive un petit drain destiné uniquement à amener en dehors le sang ou la sérosité transsudée dans la plaie pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

A présent que nous avons décrit les différentes interventions pratiquées, nous allons en discuter rapidement les diverses indications. Ces indications

(1) VALLAS. — De l'ostéotomie médiane de l'os hyoïde. — *Revue de chirurgie*, 1900.

de la tumeur

faisant saillie  
la région sus-  
le et surtout  
de et la langue  
is attirable en

ges de la voie  
périence nous  
ns toutes nos  
été employé

saillie dans la  
peu accessible  
orte et charnue,  
qui donne un  
us-hyoldienne

re a été beau-  
ne de ne pas  
certainement

nt remarquer  
outer un acte  
irement assez  
int démontré  
elle quelques

rellement les  
ce point en  
re la trachéo-  
as.

é dans le cas  
euses chez des

chéotomie n'est  
tumeurs qui  
dites que nous  
de nos asser-

est la position  
doivent être  
pêchera d'une  
dans les voies

urs des plus  
de la parole

très marqués dans les premiers jours  
l'intervention, disparaissent peu à peu, :

a eu soin, après intervention par la voie transhyol-  
dienne, de réunir les fragments hyoldiens et d'assurer  
la solidité de la charpente osseuse de la langue et le  
libre jeu de sa musculature. Les soins antiseptiques  
de la cavité buccale éloignent tout danger d'infection  
du champ opératoire, si l'on a opéré par la voie  
buccale ; nous avons vu tout à l'heure que l'avantage  
de la voie transhyoldienne était précisément de  
n'ouvrir aucune porte d'entrée possible à l'infection.

Nous terminons ce travail en réservant quelques  
lignes à une indication qui, croyons-nous, n'a pas  
encore été posée, jusqu'à présent, dans le traitement  
des tumeurs linguales de nature thyroïdienne.

Nous voulons parler des cas où la tumeur linguale  
représente le corps thyroïde tout entier  
que les cas, où le myxœdème post-op  
signalé, sont les cas de ce genre.  
complète de la tumeur alors que l'exist  
de la thyroïde au cou n'aura pu être d  
la palpation du cou, soit au cours de l  
une faute opératoire.

*Un fragment de la tumeur doit être la*  
qui assurera les fonctions physiologi  
la glande thyroïde.

C'est la conduite qui a été suivie dan  
vation II, où l'existence du corps thyro  
être constatée, et jusqu'à présent la m  
senté aucun accident myxœdémateux p

La récurrence n'est pas la règle, la guér  
tient sauf dans les cas où l'opérateur  
méthodes de morcellement ou fait l'ab  
galvano-caustique, méthodes aveugles c  
point l'assurance d'avoir enlevé la mas

## NOUVELLES & INFORM

### Notre Carnet

Le docteur G. DASSONVILLE, d'Albert (Son  
part de la naissance de ses fils FERNAND et F  
leurs souhaits pour la mère et les enfants.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES. —**  
**Marchais** est la meilleure préparation  
diminue la toux, la fièvre et l'expectoration.  
rées à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.  
D<sup>r</sup> Ferrand. — Tr

**RECONSTITUANT DU SYSTÈME**  
**NEUROSINE PRU**  
(Phospho-Glycérate de Chaux)

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. CONBENALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; Barrois, professeur de parasitologie ; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; Carlier, professeur de pathologie externe ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphilligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé de laboratoire à l'Institut P l'Asile d'aliénés d'Armentières de clinique ophtalmologique hôpitaux ; Manouvriez (de pondant de l'Académie de n cipal, agrégé du Val-de-Gr chargé d'un cours d'accouch de pathologie interne et expér agrégé, chargé du cours de p

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique n  
POTEL, ex-chef de clinique ch

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard

Les abonnements partent de 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Automutilation d'un délirant religieux, par le docteur KÉRAVAL. — CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES : Hypertrophies des amygdales palatines, par le professeur-agrégé, Gaudier. — VARIÉTÉS ET ANECDOTES. — MOTS DE LA FIN. — BIBLIOGRAPHIE. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Automutilation d'un délirant religieux

par le docteur P. KÉRAVAL.

Directeur-médecin de l'asile d'Armentières.

Il s'agit à proprement parler d'un cas rare, en ce pays, de préoccupations religieuses pathologiques permanentes traversées par des périodes d'exaltation, d'excitation, d'agitation, sous l'influence de l'une desquelles le sujet se coupa radicalement la verge.

Gr... A. J., né le 28 août 1856, est marié et père de famille. Il est tailleur d'habits. C'est un homme qui sait tout juste lire, écrire et compter.

Il entre pour la première fois à l'asile le 27 décembre 1891. Son placement serait nécessité par : une exagération des sentiments religieux, la lecture trop assidue de la Bible, l'idée fixe d'une mission divine, un soi-disant sommeil hystérique qui aurait précédé la crise. Il courait, dit le procès-verbal d'enquête, pieds nus dans les rues, après avoir brisé un quinquet allumé chez un voisin, criait au feu et ne voulait plus réintégrer le domicile conjugal. Il était, la veille, venu chez ce voisin lui demander s'il pouvait compter sur lui pour payer ses dettes, pour veiller sur sa femme et ses enfants, car une Révélation lui ordon-

nait, à lui Gr..., de porter mers. Ceci dit, le voilà as exige que tous s'agenouil Cela dure 4 heures ; il s'en le lendemain, il revient vouloir partir. Vers 4 heu affaissé et s'endort jusqu'à moment, il se relève, brul qui le surveille, exige qu'o Bible, menace de frapper, bi etc., etc., etc.

Le procès-verbal menti que sa femme va mettre au lera Elie et sera le grand fait des sermons incompr maître et celui de l'Univers

Cette phase d'exaltation l'asile, on constate des halli vue, des troubles de la sen tanément, une faiblesse m gâtisme. Mais en janvier, forces reviennent, il ne lui Celle-ci disparaît à son tou malade sort guéri.

Il rentre à l'établissement excisée. D'après l'état de dégénéré, affecté de délir hallucinations de l'ouïe. « change son nom, en lui pelleras Joseph. » Afin de rapprocher de l'idéal de l figure, il s'efforçait, pour se détacher des choses de la gressivement ses rapports plaisir à Dieu qu'il s'est c moyen de ses ciseaux de t morceau tranché et l'a fer

cision. » Inca-  
à des extrava-  
sa femme après  
s'est précipité

ission, il est en  
le la fièvre qu'il  
nt à la misère.  
r des traites, il  
ide et a éprouvé  
squelles il s'est  
tendre de voix.

1.  
science mentale,  
omutilation, et  
ltation, halluci-

este nous éclai-

*héréditaires.* —  
ort d'une affec-  
nme très doux,  
excès, était peu  
ailleur d'habits.  
alement, serait  
ise. Pas de ren-  
paternels, ni  
dans un milieu  
frère plus âgé  
nier, alhée, et  
même caractère.

sa mère, il ne  
son développe-  
de convulsions  
le.

re communion

sent ses senti-  
ment, mais il  
tout en restant

availle au régi-  
d'excès de bois-

profession, se  
on aîné meurt à  
ait eu ses dents  
sion, était assez  
crire, compter.  
orte à 4 ans du  
t 6 ans, est d'in-  
i a 3 ans, est né  
n premier accès

ne Gr.. se sent  
ur il découvre  
enier, le lit, et  
er incrédule. Il  
cien Testament,  
uste, comme il  
pécheur. Il est

convaincu du péché, comme le dit J. C., car, quand il sera venu, J. C. convaincra le monde du péché. A ce moment, déjà, il semble avoir eu *quelques hallucinations de l'ouïe*. Cette révélation subite lui a permis de bien comprendre ce qu'il lisait.

Il continue sa profession, mais se sent intérieure-ment malheureux à cause de ses péchés. Il sent qu'il lui faut suivre la *vraie religion*, se demande quelle religion il adoptera, lit des livres catholiques et protestants, suit des assemblées protestantes, cause beaucoup religion avec des protestants baptistes qui « l'aident à trouver la paix de Dieu » et, finalement, *se convertit au protestantisme* : secte baptiste. Il est baptisé au bout de quelques mois. Néanmoins il éprouve parfois des doutes sur son salut et se demande s'il a « la perle de grand prix », c'est-à-dire la paix du cœur.

Cependant sa femme et sa belle-mère le persécutaient. Elles craignaient que n'allant plus au cabaret, ne travaillant plus le dimanche, il ne fît de mauvaises affaires. Elles lui disaient qu'il ne faut pas changer de religion, quand on est né catholique. Il ne répond pas, parce que « J. C. nous dit qu'il ne faut répondre aux outrages que par le silence ». *Sa femme et sa belle-mère finissent par se convertir : sa femme se fait baptiser de nouveau.*

Depuis, Gr... a souvent des inquiétudes sur son salut : il n'a cependant pas osé jamais faire de prosélytisme pour sa religion numéro deux.

En 1891, il commence à entendre des voix. Ce sont des *hallucinations psychomotrices*, semble-t-il. Quand il est en prière, il se met à dire des choses qu'il est étonné de dire, qui lui sont révélées, qu'il n'a pas à proprement parler entendues de ses oreilles. C'est Dieu qui lui fait remuer les lèvres. Ce sont des paroles d'actions de grâces à Dieu qu'il profère.

Interrogé sur son premier internement, il avoue qu'il a en réalité fait et dit des bêtises. C'est cependant Dieu qui lui avait donné son nouveau nom. Le sommeil, que les médecins ont qualifié de sommeil hystérique, n'était que simulé : il lui semblait qu'il avait le devoir de faire le mort ; il se rappelle que pendant ce temps un médecin lui a pressé les testicules et qu'il a fait semblant de ne rien sentir (?)

Il aurait à cette époque-là passé par deux périodes : une période d'exaltation, au cours de laquelle il se croyait choisi par Dieu, cela avant sa séquestration ; une période de dépression, pendant ses quinze jours de séjour à l'hôpital de Valenciennes, où, sous l'influence d'hallucinations continues de l'ouïe, principalement, de la vue, il se croyait tombé grand puits, en guise de châtiment, y voyait sous la forme d'un ours noir, qui l'accusait cause de tous les malheurs de la terre, damné et souffrait énormément ; la fin était arrivée.

Lors de son entrée à l'asile d'Armentières, crut dans un monde électrique, se figura qu'il y avait des diables et les malades étaient des automates entraînés à l'électricité ; ce délire lui était *comparé à un aliéné* qui se disait électrisé. Ce n'est qu'à peu qu'il se rendit compte que les objet

touraient étaient réels. Il a eu aussi à cette époque des cauchemars qu'il se rappelle mal : il a vu un cercueil à côté de lui.

Il prétend en outre qu'il était volontairement mal-propre et gâteux, parce que Dieu lui défendait de se lever à cause de sa faiblesse musculaire.

Sorti de l'asile à la fin de février, il reprend ses occupations ordinaires et vend en sus des machines à coudre. Il reste toujours très religieux, fort exalté, continue à être tourmenté de temps en temps par des idées d'indignité et de culpabilité, craint de mal faire en ayant des rapports avec sa femme et en essayant de ne pas avoir d'enfants. Il fait part à sa femme de ses sentiments : celle-ci lui reproche de ne plus l'aimer et ne partage pas son avis. Il pratique l'onanisme parce qu'il a des besoins génitaux trop vifs.

Il n'est néanmoins pas hanté de l'idée de se priver d'un organe qu'il regarde comme la cause du péché. Et voilà que le 2 avril 1895, étant couché seul, *il est visité par une révélation qui lui dit de se couper la verge, que c'est la vraie circoncision, qu'il sera, ce faisant, agréable à Dieu !* Jamais, affirme Gr., il n'avait jusqu'alors eu semblable idée, et ses affirmations répétées semblent véridiques. Ce n'était pas suivant lui une voix humaine qu'il entendit à ce moment ; ce fut une sorte de voix intérieure, une idée résonnante d'origine divine, une voix qui n'avait pas d'allure impérative.

Il n'essaie malgré cela pas un seul instant de lutter contre cette révélation, n'a pas un moment de regret, d'angoisse, n'appréhende pas de souffrir, n'envisage en aucune façon les conséquences de cet acte. Il se lève sur le champ, saisit ses grands ciseaux de tailleur, et, en deux coups, il se tranche la verge à la racine, se recouche, se lève de nouveau une minute après, prend le morceau enlevé et le fend longitudinalement en s'écriant : « Voilà la vraie circoncision ! ! » L'hémorrhagie a été relativement faible : il n'eut du reste pas la moindre peur de mourir d'hémorrhagie.

Il ne se souvient plus de ce qu'il a fait jusqu'à son entrée à l'hôpital. Il a oublié qu'aussitôt après s'être mutilé il s'est précipité par la fenêtre sans d'ailleurs se blesser ; il ne se rappelle plus qu'une voix, tandis qu'il se mutilait, lui disait : « désormais tu t'appelleras Joseph. »

Le lendemain de cet événement il est conduit à l'hôpital de Valenciennes, où il reste un jour et demi et est envoyé à l'asile. Il y arrive un peu agité et paraît sous l'influence d'hallucinations. Il est absolument convaincu qu'il a bien agi et qu'il aurait raison de recommencer si c'était nécessaire.

La surface de section (*Voir la photographie*) située à un centimètre en avant du pubis, au-dessus des bourses qui sont respectées, présente une forme irrégulière, ovale, du diamètre d'une pièce de cinq francs. L'urètre est coupé perpendiculairement à son axe ; il surplombe un peu la partie moyenne de la plaie. L'urine, pendant la miction, s'écoule en bavant légèrement et cause des douleurs cuisantes sur la surface saignante qu'elle irrite.

Le 10 avril, le malade reconnaît avoir eu la fièvre.



évidents : l'un infectieux, l'autre constitutionnel, le lymphatisme.

L'hypertrophie peut être congénitale et développée à la naissance, ou acquise et développée à la suite de poussées inflammatoires paroxystiques (Ruault).

Les amygdales hypertrophiées peuvent être molles ou dures ; cryptiques ou non ; quant à leur forme, elles peuvent être pédiculées, de façon totale ou partielle, ou enchâtonnées.

Elles peuvent enfin coexister avec l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, qui constitue les végétations adénoïdes, ou de l'amygdale linguale, ou bien être une manifestation hypertrophique isolée, uni ou bilatérale.

**INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES.** — Toutes les hypertrophies amygdaliennes ne sont pas justiciables du même traitement ; les unes réclament le traitement médical, c'est-à-dire sans ablation ; pour d'autres convient seul le traitement chirurgical, c'est-à-dire l'ablation.

1. Le traitement médical, général et local, est indiqué :

a) dans les petites hypertrophies molles de l'enfance, intermittentes, ces cas où l'amygdale est sujette à des poussées fluxionnaires, et à des retours ad integrum (amygdale rouge) ; b) dans les cas où l'hypertrophie a succédé récemment à une infection locale, telle qu'une angine, ou générale à peine éteinte, comme la grippe, la rougeole, la scarlatine.

Il peut rendre des services : c) dans les cas de refus d'intervention plus radicale ; d) dans les cas d'hémophilie ou de coexistence d'une autre lésion amygdalienne, la tuberculose, la syphilis, par exemple.

2. Le traitement chirurgical est indiqué : a) dans les formes ayant résisté au traitement médical ; b) d'emblée, dans les hypertrophies dures, fibreuses, localisées ou non et s'accompagnant du syndrome amygdalien (abcès amygdalien ou périamygdalien, troubles auditifs, insuffisance respiratoire, arrêt de développement du thorax, toux pharyngée, etc.).

Il est contre-indiqué, c) chez les hémophiles, et d) pendant ou immédiatement après toute poussée inflammatoire.

**TRAITEMENT.** — L'indication d'un traitement médical ou chirurgical posée, les moyens de la remplir seront les suivants :

**I. TRAITEMENT MÉDICAL.** — On s'adressera à la fois à l'état général et à l'état local.

**Traitement général.** — a) C'est la médication du lymphatisme qui fera presque tous les frais. Seront employés : l'huile de foie de morue, simple ou iodée ; on réservera la glycérine anglaise neutre pour les malades récalcitrants à l'huile ; les préparations d'iode sous forme de sirop d'iode de fer à raison de deux cuillerées à café par jour, de teinture d'iode à raison de x à xxx gouttes par jour, ou les

vins iodés, tels que le vin Girard, le vin iodo-tannique, etc.

b) Une cure thermale, sulfureuse, chlorure sodique ou arsenicale (Cauterets, Luchon, Challes, Enghien, la Bourboule, etc.) suivant les cas, parfois après tâtonnements, sera le complément nécessaire. Le traitement comprendra à la fois le bain, la boisson et localement les gargarismes et les pulvérisations (douche en jet au tamis, à la température de 34-35°), durant trois ou quatre minutes pour commencer, et en séances plus longues pour finir.

**Traitement local.** — Les gargarismes, les badigeonnages seront les plus fréquemment prescrits, mais l'ignipuncture ne laisse pas d'avoir la faveur de quelques praticiens.

a) Les gargarismes seront actifs, s'il y a de l'inflammation ; on aura alors recours par exemple au phénosalyl à 15 pour mille, aux solutions iodo-iodurées, etc. ; on les prescrira anodins dans les périodes de calme, et ils n'auront d'autre but que de faire simplement le nettoyage de la gorge ; tel celui-ci :

Alcool à 90°.....	150 grammes
Salol.....	5 grammes
Saccharine.....	0.75 cent.
Essence de menthe.....	à XX gouttes
Essence de vanille.....	

une cuillerée à café dans un verre d'eau tiède.

b) Les badigeonnages seront à utiliser, sous forme de glycérine iodée ou mentholée, à 1 pour cent, par exemple, pour les malades qui ne savent pas se gargariser.

c) L'ignipuncture, dont on a abusé, et qui a la prétention peu justifiée de scléroser et de réduire l'amygdale hypertrophique, mérite cependant qu'on en connaisse le manuel opératoire, les avantages et les inconvénients.

**Technique opératoire de l'ignipuncture.** — Avec le thermo-cautère ou le galvano-cautère, après ou sans anesthésie locale à la cocaïne, ou générale au bromure d'éthyle, on pratique soit des pointes de feu disséminées à la surface de l'amygdale, soit des raies transversales très profondes (Moure), soit de véritables ponctions profondes en tunnel dans l'épaisseur de la masse, en ayant soin toutefois que les tunnels soient dirigés d'avant en arrière, et non de dehors en dedans.

L'ignipuncture peut se faire : 1° en plusieurs séances, à raison de cinq à six pointes chaque fois, en changeant de côté ; et alors le sujet en a pour des mois de traitement ; 2° ou en une ou deux séances ; mais cela amène une réaction locale formidable et qui n'est pas sans danger ; dans ce cas on pourrait employer l'ouvre-bouche et l'anesthésie au bromure d'éthyle.

**Soins consécutifs.** — Il ne faut pas oublier les soins consécutifs à l'intervention, qui consistent : 1° en gargarismes antiseptiques, répétés dix à quinze fois par jour, pendant dix ou douze jours ; 2° en une alimentation molle pendant ce même temps ; 3° en l'antisepsie du naso-pharynx par





une batterie de piles à liquide quelconque, au bichromate de potasse en pratique, ou, ce qui est préférable, une batterie d'accumulateurs. Les accumulateurs seront fraîchement rechargés, le liquide des piles sera neuf. La batterie sera reliée par un conducteur souple de 1<sup>m</sup>50 à 2 mètres de longueur à l'un des modèles multiples de manche galvanocaustique ; sur ce manche on montera le tube guide-anse vertical, dans lequel on passera le fil d'acier destiné à saisir, à serrer et à couper l'amygdale (1).

Il faut **éviter de faire passer le courant dans l'anse d'acier avant l'opération**, car le fil qui a ainsi servi, bleuit, se détrempe et ne peut plus être utilisé.

**Technique opératoire de l'électro-amygdalotomie.** — Après anesthésie locale, par badigeonnage des piliers avec une solution de cocaïne à 1 pour cinquante ou à 1 pour vingt, on place l'ouvre-bouche ouvert modérément, afin d'empêcher le patient de refermer la bouche pendant l'opération :

Premier temps : Déprimer la langue avec l'abaisse-langue, et engager l'amygdale à sectionner dans l'anse d'acier, d'un volume un peu plus grand que celui de l'amygdale. Cet engagement doit se faire à fond, et si l'amygdale s'y prête mal, il est bon avec une pince à griffes de l'attirer hors de sa loge, pour permettre une prise plus facile.

Deuxième temps : Serrer alors l'anse d'acier le plus possible de manière à former un véritable moignon, comme s'il s'agissait de la sectionner à froid. Pendant tout ce temps éviter de faire passer le courant.

Troisième temps. — Faire passer le courant en appuyant sur la gâchette par intermittences, et en même temps fermer l'anse le plus possible jusqu'à ce que l'amygdale sectionnée vienne à vous, adhérent au manche.

**Avantages de l'anse galvanique.** — C'est un procédé exsangue et non douloureux.

**Inconvénients de l'anse galvanique.** — La manœuvre de l'anse est délicate, et si l'on donne trop de courant, le fil engagé dans les tissus brûle, reste très intimement adhérent, et l'extraction en est fort difficile. Ce procédé exige, en effet, des gens calmes et patients, que ne gênent pas l'odeur de chair grillée. Il est donc contre-indiqué chez les enfants et chez les sujets à pharynx hyperexcitable, que ne calme pas la cocaïne et qui déglutissent tout le temps. Enfin la réaction douloureuse post-opératoire est très vive, et il peut y avoir à la chute de l'escarre au huitième ou au neuvième jour, une hémorrhagie secondaire, en général peu importante.

**Soins consécutifs.** — Les soins consécutifs à prendre sont les mêmes qu'après l'ignipuncture ou l'amygdalotomie à froid.

(1) Si l'on dispose comme source électrique du courant usité dans la plupart des villes (70 ou 110 volts), il est nécessaire d'avoir outre le réducteur de courant, un excellent rhéostat, très sensible et à la portée de la main, pour pouvoir faire varier l'intensité du courant d'un moment à l'autre.

**B. L'amygdale est enchâtonnée.** — On nomme ainsi une forme caractérisée par l'enclavement de l'amygdale dans sa loge, où elle contracte des adhérences en avant ou en arrière avec les piliers, qui la masquent complètement.

a) Il est, dans ce cas, contre-indiqué d'employer l'amygdalotomie à froid ou l'anse galvanique ; du moins, si l'on veut absolument l'utiliser, ne doit-on le faire qu'après la manœuvre préparatoire de la **discision**, qui consiste à séparer au moyen d'instruments appropriés, tels que les crochets disciseurs cannelés et tranchants de Ruault, l'amygdale des piliers qui la recouvrent, en détruisant les adhérences. Cette manœuvre, facile pour le pilier antérieur, l'est moins pour le pilier postérieur. Sans cette précaution l'amygdalotome couperait amygdale et piliers, ainsi que les vaisseaux béants dans les piliers par suite de l'inflammation chronique ; et il en résulterait des saignements abondants et continus, peut-être même des hémorrhagies graves.

β Le procédé de choix, c'est le **morcellement** pratiqué au moyen de morcelleurs de types divers droits ou courbes, petits ou grands, mais répondant tous à ce signallement : pincés dont les mors sont formés d'un cylindre creux emboîtant à frottement un cylindre plein évidé ou creux. Cet instrument sectionne par emboutissement et écrasement.

#### **Manuel opératoire du morcellement des amygdales.**

— Il convient d'employer de préférence un instrument courbe ; dont par conséquent les mors s'adapteront facilement à leur mission, qui est de creuser l'amygdale sans toucher aux piliers. Il faut une pince pour chaque amygdale droite et gauche.

La bouche étant bien ouverte, l'appareil va saisir en plusieurs prises le tissu amygdalien exubérant, en ayant bien soin d'éviter les piliers. On s'arrêtera de creuser ainsi l'amygdale, quand on jugera qu'elle est suffisamment réduite.

Après ce morcellement, il est indiqué, quand le saignotement très faible est arrêté, de badigeonner la tranche amygdalienne avec une solution de glycérine iodée ou tout autre caustique léger.

**Soins consécutifs.** — Les soins consécutifs sont les mêmes pour tout autre procédé.

**Avantages du morcellement.** — Le grand avantage c'est la sécurité ; en effet, il y a très peu de sang et presque pas de douleur, si l'instrument coupe bien ; **on arrache les tissus quand l'instrument, fatigué, coupe mal.** Ensuite, c'est la possibilité d'enlever des amygdales rebelles à toute autre méthode.

**Inconvénients du morcellement.** — Ils consistent en la longueur plus grande de l'intervention, ou des résultats esthétiques moins beaux qu'avec les procédés à section nette.

**HYGIÈNE GÉNÉRALE ET LOCALE DES OPÉRÉS POUR HYPERTROPHIE DES AMYGDALES.** — Les opérés pour hypertrophie amygdalienne doivent suivre une hygiène générale et locale particulière.

, de faire suivre à  
'air marin aux  
'Atlantique. Il est  
ers la Bourboule.  
oi de l'huile de  
, comme moyen  
ir les soins de la  
ers.

dale pharyngée n'a  
on surveillera le  
auriculaires ou  
lques cas, on a vu  
pertrophée, après  
s.

après l'opération  
rête. Cependant,  
éducation

opération, et d'une  
congestion pha-  
tabac.

de propreté de la  
révenir le malade  
change de timbre  
là un fait excep-  
nt parfois cepen-  
ne accoutumance

## NOTES

le journal l'Echo  
une observation  
raves consécutifs  
me paraissent  
C'est dans le  
élevons les faits

fracturé le crâne  
crime le pauvre  
ux, etc.  
ir le jury, mais  
ques Fromentel,  
lors... M. Mont-  
nt :

rapide, chez lui,  
u'elle contenait  
nécessaires, la  
sortit...

le nomma et fut

ait, il quitta sa

— Eh ! bonjour, mon cher confrère, qui me procure le plaisir de votre visite ?

— Mon cher confrère, dit Jacques, je suis venu demander, réclamer votre concours, ou tout au moins votre présence pour une opération que j'ai résolu de tenter.

— Une opération ?

— Oui. Grave et délicate, mais qui peut réussir et que, pour cela, il faut tenter.

— Je vous écoute, répéta le docteur Monguyon.

— Vous vous rappelez le double crime qui, en décembre dernier, a jeté l'épouvante et la consternation dans ce village de Pierrefite ?

Le docteur Monguyon regarda avec surprise son interlocuteur :

— Sans doute. fit-il ; comment aurais-je pu l'oublier ?

— Deux vieillards, le duc d'Amfreville et son intendant, furent trouvés assassinés, baignant dans leur sang.

Le duc, frappé d'un coup de couteau au cœur, était mort.

L'intendant, Dominique, assommé à l'aide d'un instrument contondant, respirait encore...

— Je l'ai soigné, s'écria le médecin.

— Et vous l'avez sauvé.

Grâce à vos soins ingénieux et savants, Dominique, aujourd'hui, je le sais, vit, mange, boit, accomplit toutes les fonctions de la vie animale.

Mais de la vie animale, seulement.

Car les coups qu'il a reçus sur le crâne semblent avoir tué pour jamais en lui l'intelligence et le souvenir.

Depuis le crime, il n'a pu prononcer une parole et tous les efforts pour ranimer en lui la pensée sont restés vains.

— Où voulez-vous en venir ?

— La vérité est dans le crâne de Dominique, répondit Jacques d'une voix grave et ferme.

Je veux ouvrir ce crâne pour que la vérité en puisse sortir.

Et sans s'occuper de l'ahurissement dans lequel ces paroles plongeaient son interlocuteur, Jacques sortit de la poche de son pardessus sa trousse, l'ouvrit et en tira un objet qu'il présenta au docteur.

C'était un instrument d'acier poli, très semblable par la forme aux vilebrequins dont se servent les charpentiers pour trouer le bois.

Alors, le docteur Monguyon comprit :

— Un trépan ! s'écria-t-il.

— Oui, monsieur.

Je me suis demandé si la perte des facultés intellectuelles du vieux Dominique, si la complète laquelle il est en proie n'ont pas pour cause la présence d'une esquille pesant sur la substance cérébrale...

Cela s'est vu...

— Sans doute, déclara le docteur Monguyon

— Des cas nombreux existent.

D'après ce que vous m'avez dit vous-même, les coups avaient été portés avec une telle violence qu'à un certain endroit la boîte osseuse était littéralement défoncée.

Quelques soins que vous ayez apportés dans les pansements, avec quelque minutie que vous ayez procédé au nettoyage de la plaie, il n'est pas invraisemblable d'admettre qu'un mince débris d'os, qu'une esquille ait pu demeurer intérieurement inaperçue et causer, par sa présence sous le crâne ressoudé, les désordres dont nous avons eu à constater la permanence...

Le docteur Monguyon écoutait son jeune confrère avec une attention soutenue :

— Et vous voulez?... s'écria-t-il.

— Vous m'avez compris.

Je veux, au moyen de la trépanation, une rondelle de la boîte osseuse étant enlevée à l'aide de l'instrument que voici, regarder à l'intérieur de ce crâne, et s'il existe, comme je le crois, comme c'est ma conviction, une esquille, l'enlever...

— Et ?...

— Ai-je besoin de vous dire la suite ?...

Le cerveau n'étant plus comprimé recouvrera sur-le-champ ses facultés...

Dominique parlait...

A l'entrée des trois hommes dans sa chambre, il (Dominique) ne tourna pas la tête ; pas un muscle en lui ne tressaillit ; il ne sembla pas avoir entendu.

Rien n'existait pour lui.

Pour lui le monde était mort.

— A l'œuvre ! dit Jacques.

— Vous êtes bien décidé ?... murmura faiblement le docteur Monguyon, ébauchant ainsi une dernière opposition.

Jacques ne répondit pas.

Il s'était déjà débarrassé de son pardessus, et les instruments de sa trousse, grande ouverte, étincelaient sur la table.

— Une éponge, de l'eau, des serviettes, commanda-t-il.

Le jardinier s'empessa d'apporter les objets demandés.

Jacques s'était armé d'un rasoir et abattait les rares cheveux de Dominique, de façon que la cicatrice apparût bien visible.

On distinguait aisément maintenant l'endroit où le crâne s'était enfoncé sous les coups répétés de l'assassin.

— C'est là, dit Jacques.

Il s'empara du trépan.

Dans tous ses gestes, il y avait une décision rapide.

Le docteur Monguyon, heureux au fond de ne servir là que d'aide à l'opérateur, se chargea de tenir fortement la tête de Dominique.

Celui-ci ne paraissait aucunement s'apercevoir de ce qu'on faisait sur sa personne.

Il demeurait inerte, sans regard.

Il ne parut même éprouver aucune souffrance, lorsque son sang coula.

Jacques, au moyen d'une incision cruciale, avait divisé la peau et les tissus sous-cutanés ; puis, relevant le péri-crâne, préalablement détaché à l'aide d'une spatule, il avait disséqué les lambeaux de façon à mettre l'os du crâne absolument à nu.

Le docteur Monguyon était fort pâle. Quant au jardinier, resté debout au fond de la chambre, ses dents claquaient, et les mains jointes, il balbutiait des choses confuses, peut-être des prières.

Puis Jacques saisit le trépan et se mit à le faire mouvoir avec prudence en même temps qu'avec force.

Deux ou trois fois, Jacques fut forcé de s'arrêter pour nettoyer avec une petite brosse la couronne du trépan.

Son front ruisselait de sueur.

— Reposez-vous, lui dit le docteur Monguyon qui lui-même aurait eu évidemment besoin d'un peu de repos.

— Non !... non !...

Le disque osseux qu'il se proposait d'enlever avait été presque complètement détaché par le trépan.

Jacques s'arma du tire-fond pour le détacher tout-à-fait ; le disque enlevé, du pus suinta.

Le docteur Monguyon eut la force de dire :

— Cette collection de pus aurait pu suffire à elle seule pour déterminer l'amnésie...

Pourtant le vieil intendant restait toujours immobile, comme absent.

Alors, Jacques prit une forte loupe et, penché, explora d'un regard fiévreux ce cerveau que l'afflux régulier du sang faisait palpiter sous ses yeux.

Il se passa là deux ou trois de ces minutes qui sont des siècles d'angoisses et d'agonie.

Enfin, Jacques se redressa disant, avec l'accent du triomphe, mais d'une voix que l'émotion faisait trembler :

— Je vois l'esquille !...

— Vous la voyez ? dit le docteur Monguyon tout tremblant.

— Oui... une pince !...

Le docteur lui donna ce qu'il demandait.

Jacques chercha, fouilla.

Encore une minute...

Il murmura sourdement :

— Je la tiens !...

Et, pendant qu'il retirait au bout de la pince un très mince fragment d'os, à peine long de deux millimètres, quelque chose de foudroyant se produisit.

Comme si fussent tombées d'un seul coup les chaînes invisibles qui liaient inexorablement ses membres et son



ces et correspondants à Bordeaux, Bruxelles, Londres, Marseille, Naples, New-York, Strasbourg, Toulouse, Zurich, Milan, etc.) s'occupent gratuitement de tout ce qui concerne les voyages, renseignements pour l'obtention des billets, excursions, etc.

Le « Service des Logements » à Madrid est installé en permanence et c'est à lui directement qu'il faut s'adresser (Bureau des Logements, Faculté de Médecine, Madrid).

Tous ceux qui désireraient recevoir le programme préliminaire du Congrès, pourront le demander soit au Comité national de leur pays, soit au Secrétariat général à Madrid.

On rappelle que toutes les communications qui devront figurer au programme définitif, devront être annoncées au Secrétariat général avant le 1<sup>er</sup> janvier 1903.

Plusieurs demandes sont parvenues au Comité exécutif au sujet de l'extension de l'art. II du règlement qui parle de l'admission, comme membres du Congrès, de toutes les personnes étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique : il va sans dire que cet article s'étend seulement aux professions et sciences ayant une certaine affinité avec la science médicale.

Les adhésions et cotisations (30 pesetas ou 23-25 francs, selon les oscillations du change) peuvent être adressées aux Comités nationaux, ou bien au Secrétariat général à Madrid.

Le Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique se tiendra, à Rome, du 15 au 21 septembre 1902.

Le prix des cotisations est de 25 francs. Les dames et les membres des familles des Congressistes seront admis moyennant une cotisation de 10 francs. Les Chemins de fer italiens font aux Congressistes une réduction de 50 0/0. Pour obtenir cette réduction, il faut s'adresser à M. le docteur MICHELI, via Rosella, 127, Rome. Le programme des fêtes sera publié sous peu. Un voyage en Sicile est projeté, mais n'est pas encore décidé.

Pour tous renseignements, on peut s'adresser à M. le docteur JAYLE, 232, boulevard Saint-Germain, Paris, VI<sup>e</sup>, secrétaire du Congrès pour la France.

## UNIVERSITÉ DE LILLE

### Association amicale des Internes

et anciens Internes en médecine des Hôpitaux de Lille.

Le Concours annuel pour les prix de l'Internat, institués par l'Association des anciens Internes, a eu lieu le 22 juillet 1902, à l'hôpital de la Charité.

Le prix de médecine a été attribué à M. BRASSART ; le prix de chirurgie à M. TRAMPONT.

Le jury de médecine était composé de MM. SURMONT, président ; HOCHSTETTER et JACQMARCO, juges.

Le mémoire remis par M. BRASSART avait pour titre : *Quelques cas d'œdème chronique.*

La question écrite était : *Pleurésie interlobaire, symptômes et diagnostic.*

L'épreuve clinique portait sur un sujet atteint de « maladie de FRIEDREICH ».

Le Jury de Chirurgie était composé de MM. LE FORT, président ; CAUMARTIN et DRUCBERT, juges.

M. TRAMPONT avait remis au jury un mémoire intitulé : *Des hernies intersigmoïdes.*

La question écrite traitait : *Du diagnostic et du traitement des fractures de la base du crâne.*

L'épreuve clinique comportait un malade atteint d'*Épithélioma jugal grave avec propagation ganglionnaire.*

Les membres du jury ont apprécié à leur valeur les qualités des concours et ont été heureux de proposer comme lauréats à l'Association des anciens internes, leurs jeunes camarades MM. BRASSART et TRAMPONT.

### Notre Carnet

Le docteur Georges RAVIART, d'Armentières (Nord), nous fait part de la naissance de son fils GEORGES. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

— Nous apprenons avec le plus grand plaisir que notre excellent collaborateur le docteur OUI, est père d'une petite fille, MADELEINE. Nous lui adressons à cette occasion nos plus sympathiques souhaits pour Madame OUI et pour la fillette.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MM. les professeurs FOURNIER et FARABEUF sont mis à la retraite et nommés professeurs honoraires.

## FACULTÉS & ÉCOLES DE MÉDECINE

*Bordeaux.* — MM. les docteurs CASSAËT et DENUCÉ, agrégés libres, sont rappelés à l'exercice pendant l'année scolaire 1902-1903.

*Lyon.* — M. le docteur PATEL est nommé chef de clinique chirurgicale.

*Montpellier.* — M. le docteur BERTIN-SANS, professeur d'hygiène, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

*Caen.* — M. le docteur FAYEL-DESLONGRAIS, professeur de physiologie, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

— M. le docteur VIGOT est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physiologie.

*Limoges.* — M. Gusse, professeur de physique, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

*Marseille.* — Sont nommés chefs de clinique : MM. les docteurs OLMER (*clinique médicale*) ; RISS (*clinique chirurgicale*) ; DUMON (*clinique obstétricale*).

*Rennes.* — M. le docteur PERRIN DE LA TOUCHE, professeur d'histologie, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole.

physique,  
recteur de  
y, nommé

é du cours

utorisée à  
a donation  
t par M. le  
tre affectés

l'honneur :  
alier, M. le

cernée aux

r (de Tana-  
UE, externe

ux et ma-  
ix de gyné-  
la faculté.  
pages avec

établie sur  
discussion  
le but qu'a  
t donc non  
ostic, mais  
auteur s'est  
variations  
u'on puisse  
en déduire  
cueillis au  
ce du diag-  
nologie, la  
nécessaire,

ostic, a eu  
mamelle à

une réelle  
mier de ce  
ils y trou-  
plus métho-  
ure, toutes  
onnaître.

RIEN, Lyon,

Emulsion  
otée. Elle  
à 6 cuille-

de méd.)

ERVEUX  
IER

# Statistique de l'Office sanit.

34<sup>e</sup> SEMAINE, DU 17 AU 23

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .	10	6
3 mois à un an . . . . .	13	8
1 an à 2 ans . . . . .	»	4
2 à 5 ans . . . . .	7	5
5 à 10 ans . . . . .	1	2
10 à 20 ans. . . . .	1	1
20 à 40 ans. . . . .	4	6
40 à 60 ans. . . . .	9	1
60 à 80 ans. . . . .	6	6
80 ans et au-dessus . . . . .	1	2
Total . . . . .	52	44

NAISSANCES par quartier	6	9	15	21	3	12	8	2	15	3	15	3	90
TOTAL des DÉCÈS	6	10	8	19	4	20	7	4	10	2	6	96	
Autres causes de décès	1	1	2	4	3	4	3	2	5	1	2	28	
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Suicide	»	»	»	»	»	3	»	1	»	»	»	4	
Accident	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Méningite tuberculeuse	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	
Pneumonie pulmonaire	2	2	2	»	»	2	»	»	1	»	»	12	
Diarrhée et dysentrie	plus de 5 ans	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	
	de 5 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
	moins de 2 ans	»	2	3	5	1	15	1	»	1	1	23	
Maladies organiques du cœur	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	2	
Bronchite et pneumonie	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	
Apoplexie cérébrale	1	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	3	
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Croup et diphthérie	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	
Varicelle	1	»	»	8	»	1	2	»	1	»	»	13	

Réparties des décès par quartier	Total.
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	
Moulins, 24,947 hab.	
Wazemmes, 36,782 hab.	
Vauban, 20,381 hab.	
St-Audré et Ste-Catherine, 30,828 hab.	
Esquermes, 11,381 hab.	
Saint-Maurice, 11,212 hab.	
Fives, 24,191 hab.	
Canteleu, 2,836 hab.	
Sud, 5,908 hab.	
Total.	13

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBENALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique; Barrois, professeur de parasitologie; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur; Carlier, professeur de pathologie externe; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Dubar, professeur de clinique chirurgicale; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé de laboratoire à l'Institut Pasteur; l'Asile d'aliénés d'Armentières; de clinique ophtalmologique à l'hôpitaux; Manouvriez (de Valenciennes), président de l'Académie de médecine, agrégé du Val-de-Grâce chargé d'un cours d'accouchement de pathologie interne et expérimentale; agrégé, chargé du cours de para-

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale; POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la République.  
Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : La prostitution à Lille, par le docteur Patoir. — ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES. — VARIÉTÉS ET ANECDOTES. — ALCOOLIA. — MOTS DE LA FIN. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### La Prostitution à Lille

Par le docteur Patoir, professeur agrégé à la Faculté de Médecine

#### CHAPITRE I<sup>er</sup>. — Prostituées inscrites

(Suite)

#### § 3. — LE CONTRÔLE SANITAIRE

L'inscription sur les registres de la police entraîne pour la fille publique l'obligation de se soumettre aux mesures sanitaires qui sont édictées par le Règlement sur la Police des mœurs.

Chaque ville possède un Règlement qui lui est particulier et qui peut différer de celui d'une ville voisine. On aurait pu croire qu'au point de vue du contrôle sanitaire, du moins, certaines dispositions générales fussent applicables à toutes les villes de France dépassant un certain chiffre de population. Il n'en est rien. C'est par un règlement de police municipale et purement municipale que le maire de la ville décrète d'abord qu'il y a lieu de procéder à l'inscription des prostituées et ensuite quelles sont les mesures

sanitaires à prendre vis-à-vis d'elle. Une ville est libre, non se soumettre au service des mœurs comme elle le veut, de n'en pas organiser du tout, ou la municipalité se trouve être dans une disposition découle de suite ou non, que je ne veux pas tarder à dire, que nous en avons l'exemple à Lille a un règlement sur la prostitution. Roubaix n'en a pas, ni Tourcoing. A Lille la vie est libre — aux prostituées ; en revanche, où nul tracassé n'est possible, sont des séjours de dilection. surpris d'apprendre que les prostituées à Lille travaillent quotidiennement à Tourcoing. Elles deviennent libres le soir parce que Lille est un lieu où il est profitable d'y aller travailler mercredi ; mais en commerce pas qu'on vérifie trop l'état de la prostitution. Ils élisent domicile là où il leur est le plus curieux. Un train les amène à Lille et les remporte vers les heures où elles vont bien cette petite dépense concurrentes déloyales pour la ville et elles fraudent la paterne.

Il y a dans cette différence

(1) Du moins en ce qui concerne les



in danger qui saute aux yeux. Les règlements intérieurs aussi si Roubaix continue à y déverminées, ces règlements ne seront viciés dès le principe.

ssible d'empêcher les femmes  
il est plus difficile de les épurer  
ierre, la seule réforme logique  
dont la population dépasse un  
cée, par une mesure d'ordre  
n service de mœurs. Peut-être y  
effet, à ce que la réglementation  
ale mais nationale, et que les  
prendre fussent partout les

Lille, les filles publiques « sont  
fois par semaine, le mardi et le  
itaire, opérée par les médecins  
isite a lieu, pour les filles de  
sement même auquel elles sont  
filles isolées, au dispensaire de  
rd du Maréchal-Vaillant ». (Art.

graphes précédents qu'aucune l'une femme en maison ou d'une comme prostituée sans subir suite médicale. Saine, elle peut suite ; malade, elle est tenue, tions, de faire un stage à l'hôpital des accidents en cours.

3 en exercice qu'elle est prise  
hebdomadaire des visites.

tolérance, la visite est faite par  
mais ces maisons sont divisées en  
visite alterne de manière à ce que  
visite jamais deux fois de suite  
l. 28 du règlement). Ce qui veut  
pris, que trois médecins font le  
dans trois groupes différents et

la visite suivante. Nous verrons pas appliqué et qu'il n'y a pas l'avoir laissé tomber en désuétude, en effet, un médecin fait, rendredi, à lui seul, la visite de ts de la rue de l'A.B.C et de la ors ou bien il faut qu'il consacre triple de celui qu'il mettrait à e comprenant que le tiers des

maisons ou bien il faut qu'il aille trois fois plus vite pour examiner chaque femme, ce qui n'est pas indifférent pour la valeur médicale de l'examen.

Dans sa visite, le médecin est toujours accompagné par un délégué du Commissaire central qui est un agent de police. Celui-ci fait l'appel des femmes qui sont examinées une à une. L'état indicatif des filles à visiter « est signé par le médecin de service après qu'il y a consigné le résultat de sa visite. »

En principe le règlement porte que « l'heure des visites dans les maisons de tolérance est combinée entre les médecins et le commissaire central. Elles doivent être toutefois terminées à deux heures de l'après-midi (Art. 26). Donc les visites pourraient se faire à l'heure qui conviendrait aux médecins et cette heure pourrait varier d'une visite à l'autre. Les médecins, sauf de très rares et toutes récentes exceptions, n'ont pas usé de cette latitude et les visites se font très régulièrement à 10 heures et demie le mardi et le vendredi. Aussi les femmes ne manquent pas de s'y préparer.

C'est également à 10 heures et demie et aux mêmes jours que se fait la visite des filles isolées, boulevard du Maréchal-Vaillant, « Deux médecins assistent simultanément aux visites du Dispensaire (Art. 28). » « Les filles sont tenues de présenter leur livret au moment de la visite » dont le résultat est consigné par le médecin (Art. 30).

En tout, « six docteurs en médecine désignés par le maire » sur la proposition de l'office sanitaire « sont chargés du service sanitaire des filles publiques. Ils reçoivent de la ville un traitement annuel et ne doivent percevoir aucune autre rétribution » (article 28).

A l'heure actuelle le service se partage entre les six médecins de la façon suivante : deux d'entre eux font la visite dans les maisons publiques, l'un, le mardi, l'autre le vendredi ; chacun d'eux voit donc en une seule séance toutes les filles de maison, contrairement à l'article 28 du règlement que j'ai signalé, il y a quelques lignes. Les quatre autres médecins sont affectés au dispensaire ; ils se sont divisés en deux groupes de deux, un de ces groupes opérant le mardi, l'autre le vendredi. Enfin un des six médecins est à la disposition du commissaire central pour examiner au commissariat les femmes surprises en train d'exercer la prostitution clandestine, celles qui vont figurer sur les registres de la prostitution réglementée ou qui veulent entrer en maison.

Il s'établit chaque mois entre les médecins un roulement qui fait que chaque médecin passe successivement un mois au service des maisons, deux mois au service du dispensaire et ainsi de suite. De plus il est appelé un mois sur six à faire le service au commissariat.

Pour en finir avec les dispositions purement réglementaires, rappelons qu'il a quelques années « une taxe d'un franc était payée par les maisons de tolérance par chaque visite et pour chacune des pensionnaires » (art. 29). Cette disposition, qui ne manquait pas d'être onéreuse, est abrogée actuellement. Elle n'existe plus que pour les visites d'entrée et de sortie qui, je pense, sont cotées trois francs.

J'appellerai plus volontiers l'attention sur l'art. 31 dont voici la teneur : « Indépendamment des visites périodiques, il pourra en être fait de spéciales, toutes les fois qu'une femme sera soupçonnée de maladie. Ces visites seront faites par un seul des médecins en exercice sur réquisition de la police ». Je ne crois pas qu'on ait souvent recours à ces visites facultatives. Pourtant comprises largement, elles auraient du bon. Elles permettraient de faire une visite sanitaire certains jours autres que les jours réglementaires et sans que les femmes s'y attendent, ce qui est un point important pour la facilité du diagnostic. C'est ainsi que la visite faite un matin de fête pourrait éviter des contaminations possibles aux clients du soir toujours plus nombreux les jours de liesse.

Quand les femmes, à quelque catégorie qu'elles appartiennent (1) « sont reconnues atteintes de maladies contagieuses » (lisez vénériennes), elles sont envoyées immédiatement à l'hôpital Saint-Sauveur ; elles y restent en traitement jusqu'à ce que leur sortie soit ordonnée par les médecins de cet établissement. *Dans aucun cas, elles ne peuvent se faire traiter à domicile.* »

Avant 1897 et depuis une époque assez lointaine, le service des filles publiques en traitement à l'hôpital était rattaché au service général des maladies cutanées et vénériennes, et les soins médicaux étaient donnés aux femmes par le chef de ce service. Les femmes n'occupent un pavillon séparé que depuis 1886.

Actuellement le service des filles publiques est un service autonome. Il lui a été affecté, dans les dépendances de Saint-Sauveur un pavillon qui, officiel-

lement, s'appelle « Service municipal des Filles publiques syphilitiques » et que la tradition continue à appeler Saint-Côme, du nom de la salle qui était jadis affectée aux femmes.

L'organisation de ce Pavillon repose sur une convention passée entre la ville et l'Administration des Hospices de Lille. Il a été bâti à frais communs par la ville et l'Administration, mais il reste la propriété de l'Administration et est régi par elle. La ville, outre la part qu'elle a prise à la construction du bâtiment, verse pour chaque pensionnaire et pour chaque journée la somme de 2 fr. 62. Cette somme lui est remboursée par la tenancière s'il s'agit d'une femme de maison. Moyennant cette redevance, l'Administration se charge des frais que comporte le séjour des femmes à l'hôpital : nourriture, médicaments, soins médicaux, instruments, matériel, etc.

Le pavillon comporte 20 lits alors que l'ancienne salle Saint-Côme en avait 34. Cela paraîtra assez illogique si l'on considère que la population de Lille s'est accrue considérablement depuis 20 ans et que la prostitution et les maladies vénériennes n'y ont pas diminué. Toutefois il est juste d'ajouter que, même réduit à 20 lits, le pavillon est rarement au complet. Quand on songe que Lille a 220.000 habitants, que cette ville est au centre d'une population qui, pour l'arrondissement seul, s'élève à 700.000 habitants et qu'en somme Lille reste, pour la région, le rendez-vous des gens qui veulent prendre du plaisir, on se rend compte et avec la plus grande évidence que l'immense majorité des prostituées passent à travers les mailles du filet policier qui ne retient que les femmes assez peu intelligentes pour s'y laisser prendre.

Le service médical de Saint-Côme est assuré par un médecin nommé au concours pour trois ans et pouvant être prorogé dans ses fonctions par une décision de la Commission des Hospices.

A ce médecin était adjoint un interne. Actuellement, par suite de modifications apportées dans la répartition des internes, St-Côme ne comporte plus pour ainsi dire qu'une moitié d'interne. En effet l'interne chargé du service des filles publiques est également chargé de celui des enfants diphtériques, les deux pavillons n'étant pas très éloignés l'un de l'autre. Il y a bien en plus, à St-Côme, une place d'externe, mais sauf une année, cette place est restée sans titulaire. Cette pénurie dans le personnel entraîne un inconvé-

(1) Même non inscrites si elles se livrent à la prostitution clandestine.



contraire à toutes les données de la statistique, mais cela est impossible !

Si l'on admet cette conclusion, force est de reconnaître que le système sanitaire pratiqué à Lille a ses défauts.

On a vu qu'au point de vue administratif et policier tout est parfaitement réglé. Une femme ne peut échapper à l'examen d'entrée, non plus qu'aux visites suivantes : ce n'est donc pas de ce côté-là qu'il faut chercher.

Et, en effet, c'est au moment de la visite qu'une femme malade peut échapper à l'hôpital. Cette affirmation va paraître au premier abord improbable, mais il suffit qu'on réfléchisse aux conditions dans lesquelles se pratique la visite pour se rendre compte qu'elle est rigoureusement exacte.

Je continue à prendre pour type la femme de maison parce qu'il est plus facile de la suivre dans les différentes étapes de sa vie de prostituée. Ce que je vais dire d'elle s'applique, d'ailleurs, à peu de chose près, à la prostituée isolée. Cela dit, je prie le lecteur, de songer dans quel milieu opère le médecin chargé de la visite. Il est en présence de femmes qui, par goût et par intérêt, ne tiennent pas à être hospitalisées et qui feront tout pour le tromper et en présence d'une tenancière dont l'intérêt, à elle aussi, est d'éviter à sa pensionnaire la coûteuse hospitalisation (c'est la patronne qui paie, qu'on se le rappelle !). Elles sont donc d'accord pour, si j'ose dire, mettre le médecin dedans. Ce sont des femmes expérimentées, la pensionnaire n'en est pas à sa première blennorrhagie, et si par hasard elle est novice, Madame lui apprendra vite les ficelles du métier, les trucs et, pour tout dire en un mot, l'art de maquiller un vagin. Elles savent très bien qu'il est bon d'uriner avant la visite et qu'ainsi il ne restera rien ou si peu de l'urétrite qui existe ; elles connaissent comment, par une pression savante, on vide une glande de Bartholin de sa goutte de pus ; elles n'ignorent pas non plus qu'une injection légèrement astringente ramène au rose pâle un vagin enflammé et rouge. Et enfin, s'il reste au niveau du col une mucosité rebelle et trop adhérente, d'un tour de main elles mouchent le museau de tanche et les culs-de-sacs : cela s'appelle le *coup du foulard* et est connu de tous les spécialistes. Qu'on sache aussi que Madame manie souvent le spéculum d'une main habile et qu'elle emploie avec dextérité le crayon de nitrate. (Elle cause même parfois quelques dégâts et c'est

notre revanche !) Et alors qu'on s'étonne que le médecin le plus scrupuleux, le plus sagace, soit parfois embarrassé à trouver quelque chose là où il n'y a plus rien. D'autant plus que l'interrogatoire de la femme sera inutile : les réponses sont toujours négatives. Au régiment on carotte pour être reconnu, ici, pour ne pas l'être : admirable antithèse et propre aux réflexions philosophiques !

On n'a rien tenté d'ailleurs pour réduire ces fraudes au minimum. On croirait même qu'on y encourage tacitement les femmes. Les femmes, en effet, savent que la visite se fera le mardi et le vendredi, qu'elle commencera à dix heures et demie. Très probablement connaissent-elles l'ordre dans lequel elle s'effectue et peuvent-elles prévoir à quelques minutes près, le moment exact où elles monteront sur la *bascule*, autrement dit la table à spéculum ! Aussi je m'imagine le grand branle-bas de cuvettes et d'injecteurs qu'il y a dans les douze maisons de Lille, le mardi et le vendredi matin. Et quand l'heure de la visite arrive, on présente au médecin un vagin d'une propreté et d'une netteté à défier la loupe. A vrai dire, une telle propreté, recommandable en soi, devrait être suspecte : elle manque trop de la lubrification habituelle. Mais peut-on reprocher à une femme d'être trop propre ?

Aussi pourquoi ne pas user de l'article 26 du règlement qui dit « que l'heure des visites dans les maisons de tolérance est combinée entre les médecins et le commissaire central ». Tout récemment un médecin a essayé le système, il est arrivé à huit heures du matin, a surpris les femmes au débotté et a pu diagnostiquer une ou deux blennorrhagies qui, en d'autres circonstances, eussent peut-être passé inaperçues.

L'heure fixe de la visite, qui est une chose forcée au Dispensaire, puisqu'on y fait venir les filles isolées, y a moins d'inconvénients que dans les maisons : car il faut que les femmes viennent de chez elles et leur propreté est de date moins fraîche — qu'on soit persuadé néanmoins qu'elles ne négligent pas le coup du foulard toujours facile à pratiquer. Toutefois la facilité moins grande des isolées à se nettoyer immédiatement avant la visite entraîne un résultat : tandis que pour 110 femmes, les maisons n'ont envoyé en six mois à Saint-Côme que deux pensionnaires, les isolées qui sont 180 environ à Lille, y sont venues au nombre de 21. Je sais que les isolées sont réellement moins soigneuses de leur personne que les femmes de maison et qu'elles sont par conséquent plus sujettes



à Lille et c'est à la visite d'entrée que le médecin s'est aperçu de tout cet écroulement. Or, elle sortait depuis quelques jours d'un bordel de la région. Certes la voûte palatine s'effondre vite et sans bruit ; mais enfin on y voit quelque chose avant ! Les accidents tertiaires, d'après PROFFER, ne sont pas contagieux. Heureusement ! car s'ils l'avaient été !... Qu'on se dise que si de tels dégâts passent inaperçus combien moins encore verra-t-on la petite et terrible plaque muqueuse !

Et elle n'est pas vue parce qu'on manque du temps matériel pour examiner la femme et qu'on a oublié d'inspecter la bouche.

Il n'est pas question, bien entendu, de demander au médecin un diagnostic précis qui importe peu en l'espèce et qui se fera plus tard, à loisir. Mais les conséquences d'une méprise peuvent être si graves qu'on peut demander au médecin chargé de ce service quelque compétence en vénéréologie. Malheureusement, s'il est vrai que la syphilis est une maladie des plus communes (elle faisait vers 1878 à Paris 5.000 nouvelles victimes tous les ans et ce nombre n'a pas diminué, au contraire) (1), elle est aussi une de celles que le public médical connaît le moins. La pathologie la montre à l'origine de nombreuses maladies ; elle est un des piliers de la morbidité humaine. Et pourtant combien de médecins ont vu assez de chancres et de roséoles, ont assez de foi dans leurs connaissances en syphiligraphie pour imposer avec autorité au client qui passe, un diagnostic pourtant capital dans la vie ? « Il est évident, dit M. FOURNIER (2), qu'actuellement le public médical ne connaît qu'imparfaitement les maladies vénériennes parce qu'elles ne font pas partie des branches obligatoires aux examens. »

Or, dans le choix que fait l'Office sanitaire lillois des médecins qui doivent être chargés du service sanitaire des filles publiques, quel est le criterium qui fera reconnaître un médecin compétent d'un autre qui ne l'est pas ? Lui demande-t-on si dans son éducation médicale il a été particulièrement tenu compte de la vénéréologie, s'il a été interne ou externe dans des services spéciaux ? Lui fait-on subir un concours pour s'assurer de ses connaissances en la matière ? Non, c'est un poste qu'on donne comme celui de

médecin de l'état civil. Constaté un décès ou diagnostiquer un chancre infectant, qu'importe !

Il est bien entendu que je parle du système du recrutement et que je n'entends faire aucune personnalité. Le système me paraît mauvais et je le dis indépendamment de toute considération sur la valeur professionnelle des médecins qui ont occupé ou occupent ce poste.

La fonction de médecin des filles publiques étant spéciale, son recrutement doit être spécialisé. Cela s'impose quand on tient compte des difficultés de l'examen, difficultés augmentées par sa rapidité même et par la duplicité des femmes.

Je pense avoir montré en prenant comme exemple les femmes de maison, qu'il y avait des fuites dans le contrôle sanitaire exercé sur les prostituées lilloises, que ces fuites se produisaient au moment de la visite médicale et qu'en résumé elles tiennent aux causes suivantes :

- 1° La duplicité des femmes qui cherchent à échapper à l'hôpital ;
- 2° La fixité des heures et des jours de visite qui permettent aux femmes de se préparer ;
- 3° La difficulté du diagnostic des affections vénériennes chez la femme ;
- 4° La rapidité de l'examen ;
- 5° Et enfin le système du recrutement des médecins qui n'exige d'eux aucune compétence particulière.

Tous ces défauts de la cuirasse sanitaire ne peuvent-ils être corrigés ?

Il est certain qu'on n'empêchera pas les femmes de jouer à cache-cache avec le médecin. Mais on peut les mettre dans de telles conditions que leurs manœuvres soient déjouées et cela en changeant les jours et les heures de visite, ce qui ne paraît pas impossible. On pourrait également s'arranger pour que l'examen, du moins dans les maisons, soit fait moins hâtivement en en revenant tout simplement au règlement qui porte que « ces maisons sont divisées en trois groupes ». On visite, en effet, de façon fort satisfaisantes, vingt femmes en une heure et très mal 60 femmes en une heure et demie. La chose serait moins aisée pour les filles isolées. Mais ne pourrait-on aussi les diviser en groupes et étendre jusqu'à elles l'article 28 qui ne s'applique qu'aux femmes de maison.

Enfin, bien que le diagnostic reste dans certains cas toujours difficile, il le deviendrait moins à l'œil de

(1) MAURICE. — Syphilis primitives et syphilis secondaire. Troisième leçon, Paris 1890.

(2) FOURNIER. Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis, etc. Bruxelles, 1899.



C'est vrai qu'ils se réveillent de temps en temps ! Nous sommes donc impuissants à guérir la blennorrhagie et je sais qu'il en est de Saint-Lazare comme de Saint-Côme : on les blanchit ! Quant à la syphilis, nous y sommes plus heureux et nous pouvons beaucoup plus. Mais il y a de si petites lésions et pourtant dangereuses qu'on ne voit pas et cela pendant trois, quatre ans et plus !

Conclusion : Ne demandons pas à la réglementation plus qu'elle ne peut donner ; il est des choses qu'elle ne peut atteindre ni modifier : c'est la nature d'une maladie, sa durée et sa résistance au traitement. Dans les limites où elle s'exerce, elle est utile, mais elle ne va pas loin : car outre la raison toute médicale que je viens de développer, il y en a une autre beaucoup plus grave : la réglementation n'atteint qu'un nombre infime de prostituées. Il y a en dehors d'elle la prostitution clandestine.

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Essai de séméiologie urinaire, par C. VIEILLARD,

Société d'éditions scientifiques, Paris, 1902.

L'urologie prend chaque jour une place plus importante en séméiologie. Sa technique, simplifiée et suffisamment exacte, est maintenant à la portée du praticien qui ne se contente plus comme autrefois des indications fournies par la quantité et la densité de l'urine, par le chiffre de l'urée, de l'acide urique, des chlorures, de l'acide phosphorique, et par la présence de l'albumine ou du sucre. Tous ont entre les mains d'excellents manuels où les procédés de recherche et de dosage des éléments urinaires sont décrits avec une précision et une simplicité qui permettent de les exécuter avec un minimum d'installation et de temps. D'autre part, les chimistes et les pharmaciens sont à mesure de fournir au médecin des analyses fort complètes où figurent l'azote total, les différents soufres urinaires, le détail des principes inorganiques, etc. Mais la difficulté commence quand il s'agit d'interpréter les résultats de ces analyses et d'en extraire les indications séméiologiques nécessaires.

Avec une bonne analyse d'urine, cependant on peut lire en quelque sorte dans la nutrition et dans ses actes si multiples et savoir comment le malade s'alimente, assimile et désassimile. On peut mesurer non seulement les actes généraux des échanges organiques, mais encore les activités particulières de la plupart des organes, de même qu'à l'inspection des cendres d'un foyer, on juge de la nature du combustible et de l'intensité de la combustion.

L'azote total de l'urine correspond à la quantité totale de matières albuminoïdes consommées par l'organisme. L'azote de l'urée correspond seulement aux matières albuminoïdes qui ont accompli dans le cycle vital leur maximum d'évolution ou d'uti-

lisation. L'azote de l'acide urique représente le résidu des échanges des matières albuminoïdes nucléiniques et collagènes.

Le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total, ou *coefficient d'utilisation azotée*, mesure la valeur de la désassimilation azotée totale et le degré d'évolution atteint par les albuminoïdes désassimilés.

Le rapport des matières minérales à la totalité du résidu fixe, ou *coefficient de déminéralisation*, s'élève au-dessus de sa normale de 30 % ; si l'excès n'est pas dû aux chlorures, mais aux autres éléments minéraux de l'urine, la déminéralisation porte plutôt sur les protoplasmas.

Le rapport de l'acide sulfurique conjugué à l'acide sulfurique total mesure le taux des fermentations et des putréfactions que les matières albuminoïdes subissent dans l'organisme et surtout dans l'intestin.

Le rapport du soufre incomplètement oxydé avec l'acide sulfurique total, ou *coefficient d'oxydation du soufre*, est en relation avec l'activité hépatique. Il augmente quand celle-ci s'accroît et diminue dans les insuffisances ; aussi pourrait-il être dénommé *coefficient de l'activité hépatique*.

Tous ces exemples suffisent pour bien indiquer la manière dont on peut utiliser l'urologie et l'importance des signes qu'une analyse bien interprétée met en lumière. La symptomatologie ordinaire révèle les troubles de la nutrition lorsque ceux-ci ont déjà plus ou moins modifié le fonctionnement et, parfois même, l'état anatomique des organes en cause ; tandis que la séméiologie urinaire extériorise en quelque sorte ces troubles dès leur apparition, à une époque où la thérapeutique a sur eux plus de prise qu'elle n'en possède sur des variations nutritives définitivement acquises, dont la persistance finit par créer des lésions matérielles dans les organes. Elle permet d'opposer la thérapeutique pleine d'espérances des lésions fonctionnelles — si l'on peut associer ces deux mots contradictoires — à la thérapeutique incertaine ou illusoire des lésions organiques constituées.

Le livre de M. Vieillard condense un grand nombre de notions jusqu'ici éparses dans des mémoires originaux et est appelé à rendre aux médecins le très grand service de les éclairer sur les ressources qu'ils doivent tirer de la séméiologie urinaire.

Aussi, cette œuvre utile aura certainement auprès du public médical le succès qu'elle mérite.

## VARIÉTÉS & ANECDOTES

### Les empoisonnements par le sérum antidiphthérique

Devant le tribunal de Milan, viennent de comparaître les docteurs Belfanti et Zenoni, le premier, directeur de l'Institut sérothérapique, le second, préparateur du sérum audit Institut. Tous deux sont accusés d'homicides par imprudence.

Voici les faits : A la suite d'injections de sérum provenant de l'Institut milanais, douze enfants, tant à Milan qu'en province, moururent du tétanos ; quantité d'autres enfants furent gravement atteints et sauvés à grand'peine.

L'enquête démontra que les flacons de sérum contenaient





mental, a instruit, comme délégué de la préfecture, une demande d'internement et vérifié le mérite du certificat médical et du procès-verbal de police, peut-il, en justice, déposer sur les faits qu'il a appris en tant que médecin ? Telle est la question qu'avait à résoudre le tribunal correctionnel de Marseille, sur assignation de M. X... à la suite d'une demande en divorce que ce dernier avait fondée sur ce que son épouse, dans un but de cupidité, avait voulu le faire passer pour fou, demande qui avait donné lieu à une enquête au cours de laquelle M. le docteur Y... s'était expliqué avec détails sur tout ce qu'il avait appris ou observé concernant M. X...

Le tribunal relaxa notre confrère, en se basant sur ce que le sentiment de M. le docteur Y... touchant l'état mental de M. X... n'était un secret pour personne, puisque, celui-ci ayant été interné comme aliéné, cette mesure n'avait pu être prise que sur un rapport favorable du prévenu, médecin délégué de la préfecture.

Appel ayant été interjeté par M. X..., l'affaire est allée devant la Cour d'Aix qui a cassé le jugement de première instance et, vu l'article 378 du Code pénal prescrivant aux médecins de toujours garder pour eux les secrets dont leur profession les rend dépositaires, a condamné M. le docteur Y... en déclarant que « le prévenu ne s'est pas borné à reproduire l'avis qu'il avait émis dans son rapport, ce qui était déjà une indiscretion coupable, mais y a beaucoup ajouté ; qu'il n'a rien caché, en outre, de ce qu'il avait vu et constaté comme médecin choisi par M<sup>me</sup> X... (pour examiner son mari) et n'avait pas même craint de divulguer l'acte particulièrement répugnant dont celle-ci lui avait fait la confidence tardive et qui, par sa nature, commandait le secret, sans qu'il fût besoin d'une recommandation spéciale ».

(Semaine Médicale)

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

Par arrêtés ministériels en date du 24 juillet 1902, ont été nommés pour l'année scolaire 1902-1903 :

M. AUSSET, agrégé, chargé du cours de thérapeutique.

M. OUI, agrégé, chargé du cours complémentaire d'accouchements.

M. VERDUN, agrégé, chargé du cours de parasitologie pendant l'absence de M. BARROIS, député.

M. CARRIÈRE, agrégé, chargé du cours complémentaire de clinique médicale des enfants et syphilis infantile.

M. LAMBRET, agrégé, chargé du cours complémentaire de médecine opératoire.

M. FOCKEU, docteur en médecine, docteur ès-sciences, chargé d'un cours de botanique.

M. PHOCAS, agrégé libre, chargé d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

M. BÉDART, agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie.

M. DELÉARDE, agrégé, chef du laboratoire des cliniques.

M. GÉRARD, agrégé, chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques.

M. VALLÉE, agrégé, chef des travaux pratiques de pharmacie.

M. FOCKEU, docteur en médecine, docteur ès-sciences, chef des travaux pratiques d'histoire naturelle.

M. DEMEURE, licencié ès-sciences, chef des travaux pratiques de physique.

M. LOUIS, docteur en médecine, pharmacien de 1<sup>re</sup> classe, chef des travaux pratiques de chimie minérale.

M. SALLERIN, pharmacien de 1<sup>re</sup> classe, chef des travaux pratiques de chimie organique.

— Par arrêtés rectoraux en date du 30 juillet 1902, sont nommés pour l'année scolaire 1902-1903 :

M. GAULARD, professeur, chargé d'un cours de pratique obstétricale pour les élèves sages-femmes.

M. OUI, agrégé, chargé d'un cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes.

M. GÉRARD, agrégé, chargé d'un cours d'anatomie, physiologie et pathologie élémentaires pour les élèves sages-femmes.

M. GAUDIER, agrégé, chargé d'un cours de laryngologie.

M. VANSTEENBERGHE, docteur en médecine, chef des travaux pratiques de bactériologie.

M. JOUVENEL, docteur en médecine, chef des travaux pratiques d'histologie.

M. DUBOIS, docteur en médecine, aide de clinique des voies urinaires et moniteur des travaux pratiques de physiologie.

M. GALLOIS, docteur en médecine, aide de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

M. GELLÉ, étudiant en médecine, préparateur des travaux pratiques d'anatomie pathologique (à titre provisoire).

Sont prorogés dans leurs fonctions pour la durée de l'année scolaire 1902-1903.

MM. INGELRANS, chef de clinique médicale.

LE FORT, chef de clinique chirurgicale.

DRUCBERT, chef de clinique chirurgicale.

### Notre Carnet

Notre collaborateur M. le docteur INGELRANS est, depuis quelques jours, père d'une fillette, MARIE-AMÉLIE. Nous lui adressons nos bien sincères félicitations et nos meilleurs souhaits pour la santé de Madame INGELRANS et de sa fille.



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique; Barrois, professeur de parasitologie; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur; Carlier, professeur de pathologie externe; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Dubar, professeur de clinique chirurgicale; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé; Guérin, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; Kéraval, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières; De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à Paris; Looten, médecin des hôpitaux; Manouvriez (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce; Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements; Surmont, professeur de pathologie interne et expérimentale; Verdun, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux.  
POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Corps étrangers métalliques dans les tissus et dans les cavités, par le professeur H. Folet, leçon recueillie par M. Davrinche, interne. — Les fièvres au point de vue physiologique, par M. Maurice Arthus. — ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur

M. le professeur H. Folet

#### Corps étrangers métalliques dans les tissus et dans les cavités

Leçons recueillies par M. Davrinche, interne du service

I

MESSIEURS,

Depuis quelque temps, le hasard a rassemblé dans mes salles un certain nombre de malades porteurs de corps étrangers métalliques dans leur tissu (aiguilles ou projectiles); vous vous êtes peut-être étonnés que j'aie appliqué à ces blessés une thérapeutique plutôt expectante et que j'aie parfois semblé négliger un peu la présence d'un corps étranger dans leur organisme. Je vais vous expliquer ma conduite.

Tout d'abord je vous rappellerai sommairement l'histoire de ces malades.

Le premier est cet homme qui était couché au n° 12 de la salle Saint-Jean. Il s'était tiré un coup de revolver dans la région temporale droite et présentait surtout, quand il s'est offert à notre examen, une exophthalmie considérable du côté droit avec chémosis et épanchement sanguin dans la chambre antérieure; la vision était complètement abolie de ce côté. Il y avait eu une hémorrhagie nasale assez abondante. Pas de coma, pas de paralysie, pas de troubles sensitifs. Je demandai l'avis de mon collègue M. le professeur BAUDRY qui, comme moi, se rangea à l'expectation. On fit des pansements antiseptiques très simples. La plaie, porte d'entrée de la balle, se cicatrisa très vite, l'exophthalmie diminua considérablement. Au bout d'une quinzaine de jours, comme il survenait de la kératite neuro-paralytique, qu'on pouvait craindre de l'ophtalmie sympathique et que du reste la vision était irrémédiablement perdue du côté lésé, on décida l'énucléation de l'œil. L'opération fut pratiquée dans mon service par M. BAUDRY; et, quand la cavité de l'orbite fut vidée de son contenu, il fut impossible, en explorant avec le doigt, de découvrir la balle. On ne poursuivit pas cette recherche et le malade sortait complètement guéri trois semaines après, toujours porteur de son corps étranger (1).

La deuxième malade est cette femme qui, en tirant un parquet, s'était enfoncé une aiguille au

(1) J'ai rencontré ce malade plusieurs mois après sa sortie. Sa santé est toujours parfaite.

de la main. La radiographie nous ille était cachée dans le deuxième et parallèlement au troisième métacarpien, vous vous en souvenez, déclarait ce qui m'étonnait, étant donnée la ille. Elle réclamait l'intervention e. extrême. Après de nombreuses os décidâmes cependant à l'opérer, ir une radiographie faite la veille. r l'aiguille; mais elle cassa pendant ées sur elle, de sorte que nous ne pu'un fragment. Quant à la portion ut impossible de la ressaisir. La ite, désirait les jours suivants que es recherches. Mais, une dernière ayant montré que le corps étranger contre le troisième métacarpien et nséquent très peu gênant, nous re. Nous fîmes bien comme vous la malade souffrit de moins en rd'hui elle a pu reprendre son nt son fragment d'aiguille.

malade est cette jeune fille qui it une balle de revolver au niveau itale. A aucun moment il n'y eut veux; mais la plaie, au lieu de se devint douloureuse et, quelque orma une collection purulente que gement. On découvrit la balle qui ns l'occipital et on retira, en même assez grosse mèche de cheveux. Inés avec le projectile, étaient plus expliquer l'absence de guérison ormation d'une collection puru-

e temps que cette dernière malade e autre qui s'était tiré une balle de région temporale. On constatait ramusculaire assez considérable, cune espèce de troubles ni moteurs e le revolver qui avait servi était stille d'une puissance très faible, ue le projectile n'avait pas traversé logé dans les fibres du temporal; assez vives dans les mouvements eur : mastication, phonation). Nous echerche et, trois semaines après, disparu et la plaie cicatrisée, la

malade sortait complètement guérie et en gardant son projectile.

La dernière malade enfin dont j'ai à vous parler est cette jeune fille qui, en marchant pieds nus sur un tapis, s'était enfoncé une aiguille dans le pied. Elle nous arriva au bout de huit jours environ, après avoir subi de la part de son médecin d'inutiles tentatives d'extraction. Nous entourâmes d'abord de quelques fomentations antiseptiques la plaie opératoire faite avant l'entrée à l'hôpital et qui était assez douloureuse; et quand celle-ci fut cicatrisée, la malade se trouva tout étonnée de pouvoir poser le pied à terre et marcher sans grande difficulté; bien qu'une radiographie récente eût révélé nettement la présence de l'aiguille. Elle sortit guérie sans avoir subi d'autre traitement.

Vous le voyez, messieurs, les corps métalliques accidentellement logés dans les muscles au pourtour des os, ou même incrustés dans les os, peuvent très bien ne révéler leur présence par aucun symptôme, permettre une guérison rapide de la plaie de pénétration et j'ajoute rester des années indéfiniment silencieux dans les tissus réparés autour d'eux; tout comme les fils d'argent avec lesquels on va suturer des fragments d'os fracturés (rotule, fémur, os de l'avant-bras, etc.).

C'est AMBROISE PARÉ qui, le premier, a établi la possibilité de cet enkystement indéfini des projectiles: « Aucunes fois les balles de plomb demeurent longtemps dedans les membres, sans y survenir aucun mauvais accident ni empêchement de consolider la playe; ce que j'ay vu souvent advenir par longue espace de temps, comme sept ou huit ans et plus ».

Ce qui domine toute cette question d'enkystement, — et cela PARÉ ne pouvait le savoir, lui qui donne du fait des explications parfaitement oiseuses, — c'est l'asepsie du corps étranger. Quand celui-ci est stérile, sa présence n'empêche nullement la réunion par première intention; s'il est septique, il provoque un phlegmon, comme ce fut le cas de notre troisième malade.

Il faut donc se garder du préjugé vulgaire sur la grande nocuité *per se* des projectiles; et vous voyez le peu de cas que l'on doit faire du cliché traditionnel des journalistes rendant compte d'un drame au revolver: « La balle n'a pu être extraite! » Il semble au

public que la recherche et l'extirpation du projectile soient les facteurs capitaux du traitement; que tout soit perdu s'il n'est point retiré. Eh bien, c'est une grosse erreur. Assurément, si la balle se présente à vous, si vous la sentez sous la peau, si son extraction est aisée, enlevez-la. Mais il est des cas nombreux où vous ne devrez pas même la trop chercher et où vous vous garderez de faire de longues explorations à l'aveuglette, susceptibles d'infecter une plaie qui ne demande qu'à se cicatriser.

Et la même règle est applicable aux pénétrations d'aiguille.

Il faudra encore s'abstenir si la radiographie nous montre le corps étranger dans une région profonde ou dangereuse, comme c'était le cas pour une jeune fille qui me fut amenée il y a quelques semaines par mon excellent confrère le Dr BRESSELLE (d'Oisy le-Verger). Cette jeune fille avait essuyé le feu d'un revolver, manié imprudemment devant elle. La balle, après avoir pénétré au-dessus de la clavicule, avait, par une chance miraculeuse, passé, *sans les léser*, auprès d'organes très importants comme la veine jugulaire, le pneumogastrique, le phrénique, etc., et était venue se placer en avant de l'articulation vertébrale de la troisième côte, où une très belle radiographie, faite par notre ami et collègue BÉDART, nous la montra logée. Je jugeai que toute recherche serait dangereuse et pourrait faire beaucoup plus de mal que de bien. La jeune fille guérit sans aucun incident de cette blessure qui eût pu être instantanément mortelle. Elle conserve naturellement sa balle et la gardera, je l'espère, de longues années.

Je me suis encore abstenu, mais pas autant que je l'aurais voulu, chez notre malade à l'aiguille dans la main. Là, en effet, il eût fallu, pour atteindre le fragment restant, disséquer la région profonde de la main, dénuder et récliner des tendons, léser des branches de l'arcade palmaire; et il y avait à craindre soit des hémorragies rebelles qu'il n'est jamais bon de provoquer quoique nous soyons beaucoup mieux armés contre elles qu'autrefois grâce à la méthode de l'élévation verticale des membres, soit, chose plus grave, des adhérences ultérieures des tendons rendant impossibles ou difficiles les mouvements des doigts et diminuant énormément la valeur physiologique et professionnelle de la main.

En résumé, quand un corps métallique, aiguille

ou balle, a pénétré dans les masses musculaires, voire jusqu'aux plans osseux, et que vous ne le percevez pas à travers la peau, temporez un peu, en couvrant la plaie d'entrée d'un pansement convenable. Si l'objet est sale, souillé, septique, vous aurez vite des accidents révélateurs : suppuration de la plaie, formation d'abcès. Dès lors tenir la plaie ouverte, inciser l'abcès, et aller à la recherche du corps étranger, cela va sans dire. Mais, si l'objet est propre, aseptique, la cicatrisation a des chances de se faire par dessus; et il peut rester là indolore à perpétuité.

Cela se voit surtout quand il s'agit de corps ronds comme des grains de plomb ou de petites balles; j'en connais des dizaines d'exemples. Mais cela s'observe même quand il s'agit d'aiguilles pointues. Chez une de mes bonnes, une moitié d'aiguille enfoncée dans l'éminence thénar s'est placée contre le premier métacarpien et parallèlement à lui, et n'a jamais donné lieu au moindre accident, à la plus minime douleur. Si la tige pointue est *réellement* gênante et douloureuse, par implantation dans un tendon, par piqure de la face profonde de la peau quand la partie vulnérée subit une pression quelconque (je dis *réellement*, car certains malades suggestionnés accusent des douleurs quasi imaginaires); alors de deux choses l'une : ou l'aiguille est située dans un point où il n'y a aucun inconvénient à aller la chercher, elle est en plein muscle par exemple; et l'on n'hésitera point à l'enlever, sous le chloroforme s'il est nécessaire. Ou l'aiguille est fixée dans une région dont la dissection minutieuse (car il faut souvent disséquer assez largement), n'est pas sans inconvénients sérieux pour le présent ou pour l'avenir, en pleine paume de la main par exemple. En ce cas ne vous pressez pas trop, malgré les instances du patient. L'aiguille peut très bien se déplacer et aller en quelques semaines (ou quelques mois) se loger dans une région où elle deviendra indolore, ou bien où il sera facile et sans danger d'aller la cueillir. Je connais une femme chez laquelle un fragment d'aiguille fiché dans la région palmaire, et très douloureux, a fini par s'accoler à un métacarpien et demeure là silencieux depuis plusieurs années.

Cette migration des aiguilles est bien connue depuis longtemps. L'histoire des couturières qui, ayant l'habitude de ficher des aiguilles et des épingles sur leur corsage, s'enfoncent et se cassent dans le sein une aiguille qu'elles voient sortir un an plus tard au



Enfin une troisième observation remonte à 12 ans ; elle concerne un jeune homme de 18 ans qui, s'étant tiré un coup de revolver dans le crâne (orifice d'entrée osseux visible), eut des accidents immédiats de vomissements et de ralentissement extrême des battements du cœur. Je pensai que le projectile avait dû offenser les origines du pneumogastrique. La guérison fut obtenue sans aucune intervention. Depuis, le malade fit son service militaire et aujourd'hui encore il se porte parfaitement bien, exerce une profession libérale où il déploie une grande activité intellectuelle ; il est marié et père de famille. Je le revois de temps à autre. Aucun symptôme.

C'est surtout dans le cas de balles s'enfonçant profondément que l'enkystement aseptique se produit ; et ce fait paradoxal est dû sans doute à ce fait que la balle s'essuie pendant la pénétration. CHIPAULT a fait à ce sujet des expériences bien curieuses. La balle arrive très souvent aseptique au but après son trajet aérien. Pourquoi ? L'explication en est malaisée, mais le fait existe. Une balle étant tirée directement dans un bloc de gélatine aseptique, la gélatine ne cultive généralement pas. Si immédiatement avant d'entrer dans la gélatine, le projectile a traversé un milieu souillé, (peau humaine, vêtement), la gélatine cultive, mais de moins en moins à mesure qu'on s'éloigne du point de pénétration et qu'on s'enfonce dans le bloc ; les portions situées à l'extrémité du trajet de la balle restent même complètement stériles. Et c'est ainsi qu'une balle, entraînant la matière septique de la peau ou des cheveux, s'essuie en traversant trois ou quatre centimètres de cerveau et peut s'enfouir dans la profondeur de l'encéphale où elle reste complètement inoffensive (au point de vue septique).

Comme conclusion pratique, de tout ceci il découle naturellement que l'on doit agrandir l'ouverture du projectile, la nettoyer, la débarrasser des esquilles, des cheveux, etc., en un mot, désinfecter et drainer la partie superficielle du trajet osseux, dure-mérien et cérébral.

Il est bien entendu que tout ne se passera pas toujours aussi bien que dans les cas heureux que je viens de vous rapporter. Parfois, trop souvent même, vous verrez des accidents se produire rapidement : coma, paralysie, qui vous amèneront à trépaner ; et alors ce sera très grave ; les malades meurent ordinairement vite dans ces conditions.

Mais voici le malade guéri, porteur d'un projectile

dans son crâne. Est-il à jamais garanti de tous accidents tardifs ? Non. Je n'en ai pas vu pour ma part, mais un certain nombre de faits de ce genre ont été cités par TUFFIER, QUÉNU et d'autres auteurs. PÉRAIRE en a rapporté deux cas dans la *Revue de chirurgie* de juillet 1901 : dans le premier, le traumatisme remontait à 7 ans, dans l'autre, à 12 ans. Les malades présentaient des troubles cérébraux graves et l'on dut trépaner.

Il peut donc y avoir des accidents tardifs ; cela est certain. Mais faut-il, par crainte de ces accidents, rares en somme, aller à la recherche du corps étranger, même quand le blessé guéri ne présente aucun symptôme ? Je ne le pense pas. Il est vrai que cette recherche des projectiles intra-cérébraux est devenue presque mathématique ; grâce à l'appareil de CONTREMOULIN basé sur la détermination du siège du projectile par trois radiographies prises dans trois plans. Cette détermination est ensuite reportée au moyen de fils entrecroisés dans une sorte de bâtis construit pour chaque malade d'après un moulage en plâtre. Et la fixation précise est indiquée sur le crâne même du malade, au moment de l'opération, par une sorte de tige mobile, se mouvant sur un support à trépied dont les trois pieds sont posés sur trois points de repère préalablement marqués sur la peau du crâne.

... Je sens que vous ne comprenez absolument rien à la description que je vous fais là. C'est qu'il est impossible de donner à ceux qui ne l'ont pas vu, même avec un libellé très détaillé, voire avec des figures, une idée de l'appareil très ingénieux mais très compliqué de CONTREMOULIN. J'ajoute que le maniement en est extraordinairement délicat et qu'il n'y a guère que son inventeur qui s'en serve parfaitement bien, parce qu'il s'en sert souvent et met à chaque détermination le temps nécessaire, c'est-à-dire de très longues heures. Dans les mains de CONTREMOULIN par exemple, les résultats sont merveilleux. J'ai vu, sur son indication, un chirurgien des hôpitaux de Paris aller chercher dans le lobe pariétal, à une profondeur de 6 et de 4 centimètres, deux petits fragments métalliques gros l'un comme un noyau de cerise, l'autre comme un grain de blé. Mais on n'a pas partout et toujours sous la main CONTREMOULIN et son appareil, et j'avoue qu'en l'absence de cette aide précieuse, si j'avais eu dans mon service le malade que j'ai vu opérer par lui et qui n'avait





Lebel dans le ventre. La laparotomie pratiquée deux heures après le traumatisme révéla neuf perforations intestinales qui furent fermées ; et le malade, après beaucoup de péripéties, guérit. On ne chercha pas la balle qui fut révélée après guérison par la radiographie ; je vous en présente une épreuve et vous pouvez voir vous même le projectile au niveau du sacrum, vers la grande échancrure sciatique. Le malade, parfaitement bien portant, conserve et conservera toute sa vie son projectile ; et ce n'est vraisemblablement pas cela qui le fera mourir. Mais si lors de l'accident on eût tardé jusqu'à la visite du lendemain à lui ouvrir le ventre, c'était un homme mort.

## V

En résumé, Messieurs, dans les plaies cavitaires du crâne et du thorax, comme dans les plaies des membres, il ne faut pas sacrifier aux préjugés vulgaires sur la nocivité du projectile en lui-même et sur la nécessité de procéder à travers de graves dangers à sa recherche et à son extraction. Ici comme aux membres il sera plus profitable au malade de favoriser l'enkystement silencieux. Si l'on ne peut obtenir ce résultat, l'intervention sera indiquée, plutôt pour parer aux accidents, évacuer des collections purulentes, etc., que pour procéder à l'extraction même du corps métallique qui, d'ailleurs, peut s'éliminer avec les collections auxquelles on donne issue. Ces interventions secondaires sont souvent très graves.

En ce qui concerne les blessures abdominales, mes conclusions sont absolument différentes et la conduite à tenir sera radicalement opposée. Toute temporisation doit être écartée et l'intervention primitive, immédiate, érigée en système absolu ; non pour chercher le projectile, mais pour prévenir des accidents mortels, inévitables si l'on n'opère pas tout de suite.

## Les fièvres au point de vue physiologique

Par Maurice Arthus

Les animaux supérieurs (mammifères, oiseaux) et l'homme en particulier, présentent une température interne constante, ou, pour parler plus exactement, présentent une température interne sensiblement constante, n'offrant que des variations faibles et d'ailleurs régulières dans le cours des 24 heures. La thermométrie de l'homme normal, on ne saurait trop

le dire et le répéter, a deux caractères essentiels : la constance approximative de la température interne et les oscillations régulières de cette température.

Les fièvres sont des états pathologiques essentiellement caractérisés par des troubles de la thermométrie normale, portant en général sur ses deux éléments : valeur absolue de la température, et caractères de ses oscillations. Les causes et les conséquences physiologiques des fièvres peuvent être multiples ; leur nature physiologique est unique : je me propose en effet d'établir, dans cet article, que les fièvres résultent d'un dérèglement de l'appareil thermo-régulateur dans tous les cas.

Avant d'aborder le fond même de cette question, il ne sera pas inutile de rappeler quelques notions physiologiques, auxquelles j'aurai à faire appel pour ma démonstration.

L'homme présente une température interne sensiblement constante, avec oscillations régulières, quelles que soient les variations de la température ambiante, quelles que soient les modifications de sa production de chaleur. C'est donc qu'il possède un mécanisme thermo-régulateur sans cesse en éveil pour parer aux dangers que peuvent faire courir à la constance de la température interne les conditions du moment présent. Cet appareil thermo-régulateur est constitué par un centre thermo-régulateur et par un ensemble de parties placées sous la dépendance de ce centre.

Le centre thermo-régulateur est un ensemble d'éléments nerveux unis entre eux fonctionnellement, mais ne constituant pas une masse anatomique dissociable et disséquable ; ils sont au contraire disséminés, au milieu d'autres éléments nerveux appartenant à d'autres centres physiologiques, dans la plus grande partie de l'axe nerveux.

Les parties placées sous la dépendance de ce centre sont les organes producteurs et les organes déperditeurs de chaleur ; les organes producteurs de chaleur dont les principaux sont les muscles et le foie ; les organes déperditeurs de chaleur dont les principaux sont la surface cutanée et la surface pulmonaire.

L'homme étant en équilibre thermique à un moment donné, cet équilibre entre la production et la déperdition de chaleur peut être rompu soit sous l'influence de causes externes, soit sous l'influence de causes internes. Parmi les causes externes principales, il faut citer les modifications de la température

de composition  
ses internes, il  
face cutanée et

mbiante s'élève.  
t par conducti-  
gé du côté du  
de chaleur est  
interne tend à  
ature ambiante  
nnement et par  
est changé du  
tion de chaleur  
re interne tend  
nstances qu'in-  
soit pour aug-  
ur la diminuer,  
des téguments,

e dans l'atmos-  
ie température,  
ent augmentée  
le du pouvoir  
le mécanisme  
provoquer une  
i, inversement,  
s un bain, en  
le chaleur sera  
gulateur inter-  
les oxydations  
ouvoir émissif

ail musculaire  
mentées pour  
plissement de  
n'est pas par-  
iel et dans les  
e pas plus de  
e de l'énergie,  
rti en chaleur,  
e sa tempéra-  
ention de son  
te la perte de

r montrer que  
nt à chaque  
température  
n à assurer la

régularité de la courbe thermique diurne

L'expérience physiologique a établi qu  
humain normal lutte contre le refroidi  
fois par augmentation des oxydations organiques et  
par diminution du rayonnement et de  
cutanée ; sous l'influence du froid  
tendant à abaisser la température int  
duit une exagération de la consumma  
et de la production d'acide carboniqu  
il se produit d'autre part un refroidi  
peau par vaso-constriction et une dimi  
poration cutanée, par dessiccation d  
L'expérience physiologique a établi qu  
humain normal lutte contre l'échauffe  
par diminution des oxydations orga  
augmentation du rayonnement et de  
cutanée ; sous l'influence de la chaleur  
tendant à élever la température intern  
une diminution de la consommation d  
la production d'acide carbonique d'u  
produit d'autre part un échauffement c  
dilatation, et une augmentation de l'é  
surface de la peau, grâce à la sudation.

Sans doute les moyens dont dispos  
humain n'ont pas une puissance indéf  
reil thermo-régulateur peut être mis en  
cet accident ne se produit que pour des  
ambiantes extrêmes ou pour une com  
male du milieu ambiant (eau). L'app  
régulateur normal peut compenser les  
de la perte calorifique produite par c  
considérables de la température ambia  
compenser les modifications si consid  
calorification qui accompagnent le trava

Ces notions fondamentales étant r  
mandons-nous à quelle cause premi  
rapportée l'élévation de température o  
les fièvres. Doit-on la considérer com  
quence d'un dérèglement de l'appareil ther  
ou d'une mise en défaut de cet appareil  
termes doit-on supposer que dans la fièr  
thermo-régulateur conservant ses propri  
permet à l'homme de lutter contre le re  
et contre l'échauffement, au moyen  
soumis à sa dépendance ; mais que la  
pour laquelle il est réglé, et la courbe  
tures quotidiennes auxquelles il est  
modifiées. Et pour prendre un exemple :

poser que le fébricitant est comparable à une étuve à régulateur, dont le régulateur, demeuré normal et parfait, a subi un tour de vis, étuve dont la température antérieurement fixée à 37° va s'élever à 39°, à 40° et s'y maintenir par tous les moyens que lui fournit le mécanisme de son régulateur ? — Ou bien, doit-on supposer que dans la fièvre, l'appareil thermo-régulateur, perdant son action sur les appareils qu'il dirige normalement, ne saura plus maintenir la température à sa valeur normale, se laissant déborder par les événements. Et, pour continuer la comparaison : doit-on supposer que le fébricitant est comparable à une étuve à régulateur, dont le régulateur est usé, faussé, brisé et ne préside plus à l'arrivée du gaz ? Et si cette dernière hypothèse devait être vérifiée, devrait-on supposer que dans la fièvre, il y a exagération de la production de chaleur, sans que l'appareil thermo-régulateur puisse la compenser par une exagération de la déperdition ; ou devrait-on supposer qu'il y a diminution de la déperdition calorifique, sans que l'appareil thermo-régulateur puisse la compenser par une diminution de la production ?

On a cherché à résoudre ces questions calorimétriquement, c'est-à-dire en déterminant les quantités de chaleur émises par le fébricitant dans des conditions ambiantes données et en les comparant aux quantités de chaleur émises dans les mêmes conditions de chaleur ambiantes par l'homme normal. On a constaté que dans la grande majorité des cas, le fébricitant fabrique plus de chaleur que l'homme normal et on en a tiré cette conclusion que la fièvre résulte de l'exagération de la calorification. Cette conclusion est absolument erronée, ainsi qu'on peut l'établir par les considérations suivantes :

Le fébricitant produit plus de chaleur que l'homme normal, soit ; mais l'homme normal qui accomplit un travail musculaire produit aussi plus de chaleur que l'homme normal au repos, et pourtant sa température ne s'élève pas au-dessus de 37°. Supposera-t-on que le fébricitant produit un plus grand excès de chaleur que le travailleur normal ? Ce serait une hypothèse inexacte que démentent formellement les déterminations calorimétriques.

Il serait donc nécessaire d'admettre que l'organisme fébricitant a perdu la propriété de compenser une exagération de la production de chaleur que l'organisme normal peut et sait comprendre. C'est-à-dire qu'il serait nécessaire d'admettre un double trouble :

un trouble calorimétrique et un trouble thermo-régulateur. Mais cette hypothèse ne peut être soutenue. En effet, le fébricitant, au moins dans certains cas, peut accomplir un travail musculaire au moins modéré et il l'accomplit sans que sa température s'élève. Il peut donc compenser l'excès de production de chaleur résultant de l'accomplissement de ce travail musculaire. Pourquoi ne pourrait-il compenser sa calorification exagérée ?

D'ailleurs, on a constaté, au moins dans quelques cas indiscutables, que le fébricitant peut produire moins de chaleur que l'homme normal. Faut-il en conclure que dans ces cas exceptionnels, sans doute, mais pourtant réels, l'élévation de la température résulte d'une diminution du pouvoir thermo-émissif des téguments ? Et faudrait-il supposer qu'il y a deux catégories de fièvres, celles qui reconnaîtraient comme cause une calorification exagérée et celles qui résulteraient d'une diminution de la perte de chaleur à la surface du corps ? Assurément non, car on peut chez l'homme normal, comme aussi chez le fébricitant, modifier considérablement la quantité de chaleur perdue à la périphérie sans faire varier la température. Il suffit de placer le sujet dans un milieu froid ou chaud, de le découvrir ou de l'envelopper de couvertures, pour faire varier du simple au double, au triple, etc., le rayonnement calorifique, sans que la température normale ou fébrile soit modifiée. L'organisme fébricitant peut et sait lutter contre les variations de la perte de chaleur comme l'organisme normal ; il peut et sait lutter contre les variations de la perte de chaleur, comme il sait lutter contre les variations de la production de chaleur.

Nous pouvons encore dire sous une autre forme : L'organisme normal et l'organisme fébrile sont l'un et l'autre adaptés à une température déterminée, et il est extrêmement difficile à l'expérimentateur ou au médecin de modifier cette température dans l'un et dans l'autre cas.

Cette constance de la température, dans une fièvre déterminée, n'est pas pour suggérer l'idée d'un appareil impuissant, débordé. Si l'appareil thermo-régulateur était débordé, on devrait observer une irrégularité extrême de la température, qui s'élèverait d'autant plus que la thermogenèse serait plus grande, qui reviendrait à la normale ou descendrait au-dessous d'elle, quand seraient réalisées des conditions ambiantes normales. Or, il n'en est pas ainsi, la température du



par une déperdition suffisante l'exagération de la calorification et sa température s'élève de quelques dixièmes de degré. Sous l'influence d'un bain chaud prolongé, l'organisme dépourvu de l'un des plus puissants moyens de refroidissement, l'évaporation cutanée, s'échauffe, et sa température dépasse la normale. Dans ces deux circonstances, il n'y a pas fièvre. En effet, dans ces deux circonstances, l'organisme lutte par tous les moyens dont il dispose *contre l'échauffement* et fait effort pour abaisser la température à 37°.

Dans la fièvre, au contraire, l'organisme lutte par tous les moyens dont il dispose *contre le refroidissement* et fait effort pour maintenir la température au-dessus de 37°.

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

**De l'hermophényl et de son emploi dans le traitement de la syphilis**, par le docteur Auguste MOURNAND, Lyon, 1902, WALTENER.

Ce nouveau composé de mercure étant en train de conquérir ses grandes lettres de naturalisation dans la thérapeutique, nous croyons devoir communiquer à nos lecteurs les conclusions d'un important travail de 220 pages, dans lequel l'auteur apporte en faveur de l'hermophényl des arguments tirés de la chimie, de la pharmacodynamie et de la clinique. Voici ces conclusions :

1° L'hermophényl est un composé organo-métallique contenant 40 0/0 de mercure, très soluble dans l'eau et dans lequel les réactions du mercure sont masquées.

2° Son coefficient de toxicité est de 0,040 par voie intraveineuse chez le chien et le lapin, de 0,125 par voie sous-cutanée, de 0,20 par ingestion chez le cobaye.

3° Ce produit est doué de propriétés antivégétatives de premier ordre.

4° L'hermophényl est éliminé rapidement par le rein à l'état de composé organo-métallique.

5° Les syphilis primaires et secondaires, où nous l'avons donné dès le début ont été très améliorées et ont fait une évolution normale et bénigne.

6° Dans le traitement des syphilis tertiaires par l'hermophényl, les résultats obtenus ont été toujours bons, parfois excellents.

7° Les syphilis précoces malignes ont toujours été améliorées et la plupart guéries très rapidement.

8° L'hermophényl, donné en ingestion, a l'immense avantage de supprimer nombre d'inconvénients des autres sels de mercure. En effet, jamais il n'occasionne, ni gingivite, ni stomatite, ni diarrhée et fait disparaître rapidement la constipation résultant de l'emploi des autres sels de mercure.

9° Les injections sous-cutanées d'hermophényl sont bien moins douloureuses que toutes les autres injections mercurielles et les résultats obtenus par leur usage sont aussi rapides. Jamais elles n'ont provoqué ni œdème, ni nodosités, ni abcès.

Pour toutes ces raisons nous concluons que l'hermophényl mérite de prendre place parmi les meilleurs antisyphilitiques.

D' F. C.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

**Concours pour l'admission en 1902 à l'emploi de médecin stagiaire à l'Ecole d'application du service de santé militaire.** — Conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, un concours s'ouvrira le 15 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'Ecole d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° être nés ou naturalisés Français ; 2° avoir eu moins de vingt-huit ans au 1<sup>er</sup> janvier 1902 ; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de deuxième classe au moins ; 4° souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir seront : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° interrogation sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, bureau du personnel et de la mobilisation), avant le 1<sup>er</sup> décembre prochain.

Ces pièces sont :

Avant d'entrer à l'école : 1° acte de naissance, établi dans les formes prescrites par la loi ; 2° diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ; 3° certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours ; 4° certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ; 5° indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de médecin stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Aussitôt après l'admission à l'école : l'engagement spécial prévu par le décret du 5 juin 1899 de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin aide-major de deuxième classe.

Les médecins stagiaires reçoivent, au moment de leur nomi-



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; Barrois, professeur de parasitologie ; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; Carlier, professeur de pathologie externe ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé ; Guérin, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Kéraval, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; Looten, médecin des hôpitaux ; Manouvriez (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; Surmont, professeur de pathologie interne et expérimentale ; Verdun, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Quelques cas d'œdème chronique, par M. Brassart. — De l'épilepsie toxique, par le docteur L. Marchand. — ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES. — VARIÉTÉS ET ANECDOTES. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Quelques cas d'œdème chronique

par M. Brassart

#### INTRODUCTION

Il existe dans la littérature médicale un certain nombre d'états pathologiques encore peu connus, qu'on a réunis sous le nom d'œdèmes chroniques ou d'états éléphantiasiques.

Si un symptôme commun, l'œdème, réunit ces différents états, une barrière souvent les sépare, dès qu'on en recherche la nature ou qu'on essaye d'en établir la pathogénie. Des facteurs différents, en effet, président à leur genèse. La connaissance de quelques-uns de ces facteurs a permis de mettre un certain ordre, d'établir une sorte de classification entre ces différents œdèmes.

On a classé à part, sans parler des œdèmes dus à des causes mécaniques ou à des causes générales — (Œdème cardiaque — brightique, hystérique, etc :

1° L'éléphantiasis appelé des pays chauds, dont la

plupart des auteurs attribuent l'origine au rôle spécifique de la filaire de Médine.

2° L'éléphantiasis nostras, encore appelé lymphangite dermique hypertrophique récidivante, streptococcie de la peau, etc.

3° Les œdèmes lymphatiques.

4° Les œdèmes veineux.

5° Les œdèmes névropathiques subdivisés en :

(a) Œdèmes héréditaires et congénitaux.

(b) Œdèmes isolés, non héréditaires, non congénitaux.

Ces œdèmes sont connus maintenant sous le nom de trophœdème de MEIGE ou œdème segmentaire de DEBOVE. Ayant eu l'occasion de voir, tant à l'hôpital que dans la clientèle privée, quelques cas d'œdème chronique, nous croyons intéressant d'en rapporter les observations. Ces œdèmes, que nous avons observés, sont pour la plupart de nature différente : nous nous proposons d'en étudier la pathogénie et de les ranger dans le cadre qui leur convient.

II. — Observations d'Éléphantiasis nostras ou lymphangite dermique hypertrophique récidivante.

OBSERVATION N° 1 (recueillie dans le service de M. le professeur COMBEMALE). — D..., Virginie, 39 ans, ménagère, entre le 17 mars à l'hôpital de la Charité (service de M. le professeur COMBEMALE).

Ses antécédents héréditaires n'offrent pas grand intérêt : son père serait mort d'entérite ; sa mère, âgée de 77 ans, serait encore bien portante. Un frère serait mort d'hémoptysie ; il reste à la malade une sœur bien portante.



fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans, rougeole dans l'enfance. Elle a eu à l'âge de seize ans et depuis elle.

Enfin, la malade présente de plus elle remarque une rougeur au pied droit. Cette rougeur augmente la jambe jusqu'au genou; elle est très douloureuse et très enflée. La malade présentait un état général très élevé, l'anorexie complète. Pendant dix jours la rougeur diminuait d'intensité, la jambe disparaissait petit à petit, elle se sentait mieux. Néanmoins la malade fut encore dix jours couchée. Quand elle se leva de nouveau à ses occupations, le pied droit et sa jambe jusqu'au genou furent un peu plus gros qu'avant, mais sa consistance et sa couleur ne lui s'est pas passé à cette époque? La malade a dû faire un érysipèle, sans cause apparente, sur les renseignements, était elle malade.

Cette première alerte, nouvelle elle. Le gonflement et la rougeur furent un peu plus haut que le genou. Elle fut guérie que huit jours. A la suite de la jambe resta encore un peu de rougeur auparavant.

Douze mois environ après la première poussée est enflée en même temps que de cette troisième poussée le pied tout entier resta œdématié. Quelque temps après à l'hôpital où pendant ces deux années, elle fut poussée à la suite desquelles le pied accrut un volume de plus en plus.

A cette époque une cure à St-Amand. Les bains qu'elle prit là n'eurent aucun effet.

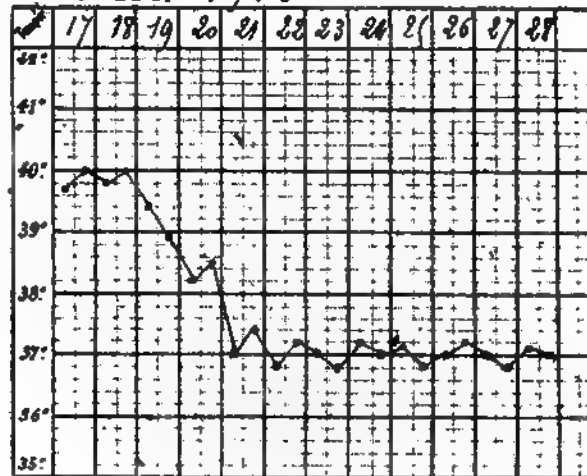
Enfin, la malade porta continuellement une bande de caoutchouc sur la jambe œdématiée. Grâce à cette bande à ses occupations. Elle resta environ sans avoir de nouvelle poussée; elle entre le 17 mars 1902.

En mars 1902 : fièvre assez élevée, langue saburrale, membre inférieur droit toujours aussi volumineux, aussi enflammé. La peau est chaude, rouge, épaisse. Pas de traînées nettes de lymphangite. Pas de cordon.

Enfin, la malade présente de plus elle remarque une rougeur au pied droit. Cette rougeur augmente la jambe jusqu'au genou; elle est très douloureuse et très enflée. La malade présentait un état général très élevé, l'anorexie complète. Pendant dix jours la rougeur diminuait d'intensité, la jambe disparaissait petit à petit, elle se sentait mieux. Néanmoins la malade fut encore dix jours couchée. Quand elle se leva de nouveau à ses occupations, le pied droit et sa jambe jusqu'au genou furent un peu plus gros qu'avant, mais sa consistance et sa couleur ne lui s'est pas passé à cette époque? La malade a dû faire un érysipèle, sans cause apparente, sur les renseignements, était elle malade.

18 mars. — Etat général encore mauvais, langue saburrale, pommettes rouges, fièvre à 40°. Membre inférieur droit toujours aussi volumineux, aussi enflammé. La peau est chaude, rouge, épaisse. Pas de traînées nettes de lymphangite. Pas de cordon.

18 mars 1902



pouvant faire admettre la phlébite. La peau ne présente aucune varicosité, aucune gerçure.

On fait une ponction des membres œdématiés, on retire un liquide séreux un peu sanguinolent. Ce liquide recueilli avec toutes les précautions aseptiques désirables et ensemencé dans des tubes de bouillon donne du streptocoque. On fait à la femme une injection de 20 c. c. de sérum de MARMORECK.

19 mars. — Etat général un peu meilleur, la fièvre baisse, le membre inférieur droit est toujours très douloureux et très enflammé.

L'analyse d'urine donne comme résultat : —

Volume	2.000 cc.
Urée	19 gr. par litre
Albumine	Néant
Chlore	6 gr. 50
Sucre	Néant
Acide phosphorique	1 gr. 4 par litre
Acide urique	0,42 centig. par litre

Le 20 mars. — Etat général beaucoup meilleur : la fièvre baisse ; le membre inférieur droit est un peu moins enflammé.

Le 22 mars, l'épisode aigu est complètement terminé ; le membre inférieur droit est cependant encore un peu rouge et douloureux.

Le 28 mars, le membre inférieur droit a repris son aspect habituel, la peau est redevenue d'une coloration normale, la douleur a disparu. Un examen minutieux du membre est donc devenu possible.

La peau, de coloration normale, paraît très épaisse : elle n'est pas rugueuse et n'offre ni gerçures, ni varicosités, ni traînées de lymphangites. Elle est tellement épaisse qu'on ne peut lui faire de pli.

L'œdème remonte du cou-de-pied droit au pli inguinal, où il se termine en bourrelet. Ganglions très petits dans le pli inguinal droit.

TABLEAU DE MENSURATION AU 28 MARS 1902

	JAMBE DROITE	JAMBE GAUCHE
	cent.	cent.
Pli de l'aine.....	71	57
Cuisse.....	66	47
Genou { au-dessus.....	44	34
{ au-dessous.....	38	31
Jambe au milieu.....	39	32
Chevilles.....	27	23
Cou de pied.....	25	22

29 mars. — Maintenant que la période aiguë est complètement passée, on ponctionne de nouveau le membre œdématié avec toutes les précautions désirables et on retire un liquide clair, rare (à peine quelques gouttes), qui, ensemencé dans des tubes de bouillon, ne donne aucune culture microbienne.

La malade, complètement remise de cette nouvelle poussée, sort de l'hôpital dans les premiers jours d'avril.

A la fin de mai 1902, nouvelle alerte. Elle rentre de nouveau à l'hôpital. Cette nouvelle crise aiguë est semblable à celle que nous venons de décrire, nous n'insisterons donc pas. A la suite le membre reste plus volumineux encore qu'auparavant. La malade entre alors dans un service de chirurgie (service de M. le professeur DUBAR), où elle réclame une intervention. On lui fait là une compression méthodique et très serrée de sa jambe malade et on fait de l'élévation du membre dans un hamac. Nous revoyons la malade après un mois environ de ce traitement, nous trouvons la jambe sensiblement diminuée ; en voici d'ailleurs la dimension :

TABLEAU DE MENSURATION AU 18 JUIN 1902  
APRÈS UN MOIS ENVIRON DE COMPRESSION ET D'ÉLEVATION  
DU MEMBRE MALADE

	JAMBE DROITE	JAMBE GAUCHE
	centim.	centim.
Pli de l'aine.....	66	56
Cuisse.....	64	48
Genou { au-dessus.....	43	34
{ au-dessous.....	35	30
Jambe au milieu.....	36	32
Chevilles.....	24	22
Cou de pied.....	23	22

L'analyse de sang, qui n'avait pas encore été faite, est faite à ce moment et donne comme résultats :

Globules rouges. . . . 3 millions 900

Globules blancs. . . . 1700

La numération des globules blancs donne pour cent globules :

I  
aig  
jar  
liqu  
bou  
me  
(  
pris  
le 1

O  
ne j  
téra  
E  
la j  
mai  
neu  
auc  
nou  
s'ac  
N  
190  
jam  
cell  
du  
rele  
rati  
var  
sur  
ingt  
moi  
M

es, les articulations sont  
t ; on ne provoque pas de  
i, ni par les mouvements  
son normaux, l'urine ne

vivi.

écédentes que nous avons  
stras ou lymphangite der-  
divante, nous paraissent en  
atégorie d'œdèmes chroni-  
omination. Nous pourrions  
: déjà nombreuses publiées  
aux nôtres ; elles sont en  
plupart des auteurs ont  
il de ces éléphantiasis, le  
FOLLET, en 1895, dans sa  
de quelques états éléphan-  
lèmes : Streptococcie de la

mande FOLLET, d'une série  
r le streptocoque ou bien  
: de quelques rares strep-  
les mailles du tissu con-  
an de la seconde hypothèse  
nous croyons pour notre  
e se prononcer. Cependant  
ré par ponction du membre  
donné de streptocoque en  
poussées aiguës. D'autres  
remarqué que le strepto-  
crises aiguës, ne pouvait  
crises. Ceci ne serait-il pas  
hypothèse, et ne serait-il  
s réinfections successives  
pathogène ?

-il le seul microbe capable  
mbiables à ceux que nous  
e microbe soit incriminé  
ations parues jusqu'ici, il  
es puissent jouer le même

: poussée aiguë d'éléphan-  
que accompagné de nom-  
l pense que ces derniers  
rôle, parce qu'ils étaient

à rapporté l'an dernier,  
d, un cas d'éléphantiasis,

où le staphylocoque avait été dûment constaté en  
l'absence de tout autre microbe, et un second cas  
où le staphylocoque, bien que n'ayant pas été constaté,  
pouvait être incriminé.

BOURCY et LAIGNEL-LAVASTINE ont trouvé le strepto-  
coque associé à d'autres microbes pyogènes — lequel  
était l'agent causal ? Ces quelques considérations  
prouvent que la pathogénie de l'éléphantiasis nostras  
n'est pas encore très bien élucidée, néanmoins que ce  
soit le streptocoque, le staphylocoque ou le pneumo-  
coque qui entre en jeu, l'éléphantiasis nostras forme à  
l'heure actuelle un syndrome anatomo-clinique bien  
distinct des œdèmes chroniques que nous allons  
étudier.

### III. Observation d'œdème veineux éléphantiasique.

(Observation personnelle). — Eugène H. ., chaudron-  
nier âgé de 59 ans, offre des antécédents héréditaires  
peu intéressants. Lui-même, en dehors de la rougeole  
et de la scarlatine qu'il a faites dans son enfance, ne  
se souvient pas d'avoir été malade.

Depuis longtemps, il a des varices aux jambes : il a  
d'ailleurs toujours eu un métier qui le forçait à rester  
debout toute la journée. Il y a quinze ans, il fait un  
premier ulcère sur la jambe gauche. Cet ulcère, qui  
siégeait sur la face antéro-externe et au tiers infé-  
rieur de la jambe, ne prit pas de grande extension et  
guérit assez rapidement.

Depuis, chaque année, il fait un nouvel ulcère. Ces  
ulcères disparaissent en laissant un peu de tissu  
cicatriciel et de pigmentation de la peau, mais pas  
d'augmentation de volume du membre.

Ces ulcères périodiques ont cessé il y a trois ans ;  
depuis cette époque le malade n'en a plus eu. Il y a  
quatre mois, il remarque que sans aucune raison sa  
jambe gauche commence à grossir. L'augmentation de  
volume est surtout sensible le soir quand il est resté  
toute une journée debout. Il ne se préoccupe pas  
tout d'abord de l'état de sa jambe, mais bientôt les  
dimensions en deviennent telles, qu'il ne peut plus  
marcher qu'avec difficulté. C'est dans ces conditions  
que nous sommes appelé à le voir le 16 avril 1902.

*Etat actuel.* — Nous nous trouvons en présence d'un  
homme robuste, un peu obèse, qui nous avoue avoir  
beaucoup bu. Il a des signes d'artério-sclérose évidente :  
calvitie, temporale sinueuse et dure, pouls fort et  
tendu, etc... Le cœur est normal, le deuxième temps  
aortique est cependant un peu claqué. L'auscultation  
pulmonaire ne révèle rien de particulier.

La jambe gauche attire toute l'attention ; il existe  
un œdème considérable partant du pied jusqu'au  
genou. Cet œdème est blanc, de consistance pas très  
ferme ; la pression du doigt laisse un godet très mani-  
feste : la peau a en général une coloration normale.  
Vers le tiers inférieur de la jambe, on note les cica-  
trices et la pigmentation laissées par les ulcères, la  
température est également normale, il n'existe pas de  
chaleur appréciable à la main. La sensibilité est restée

intacte. On ne note aucune douleur spontanée, ni aucune douleur provoquée; le malade se plaint simplement de l'impotence de son membre.

L'œdème, avons-nous dit, est considérable, et remonte des orteils jusqu'au genou, où il se termine brusquement. Au-dessus du genou, la peau a une coloration normale, mais on note des varicosités en nombre assez considérable. On ne sent pas de cordon appréciable le long du trajet de la veine fémorale. Pas de ganglions dans les plis inguinaux.

Le membre inférieur droit a au contraire un volume et un aspect tout à fait normal. On n'y note pas de traces d'ulcère, mais des varices assez considérables.

TABLEAU DE MENSURATION DES DEUX JAMBES  
LE 16 AVRIL 1902

	JAMBE GAUCHE	JAMBE DROITE
	centim.	centim.
Cou de pied.....	31	24
Cheville.....	38	25
Milieu de la jambe.....	44	34
Genou { au-dessus.....	41	31
{ au-dessous.....	36	35

L'analyse d'urines faite à cette époque ne révèle pas de traces d'albumine, ni de sucre. Le malade est mis au repos complet, la jambe étendue; on fait un pansement légèrement compressif, remontant de la racine du pied au-dessus du genou. Nous avons l'occasion de revoir le malade à la fin du mois de juin 1902. L'œdème de la jambe gauche est presque totalement disparu. Il est possible de voir maintenant des varices superficielles et la palpation permet de se rendre compte que la plupart de ces varices atteintes de périphlébite sont thrombosiques. On sent également dans la profondeur des cordons durs et sinueux, indices de varices profondes également thrombosiques.

Cette observation nous semble un exemple fort net de ces œdèmes rebelles consécutifs aux phlébites ou périphlébites et qui s'achèment lentement vers l'état éléphantiasique. On sait, en effet, que toute gêne de la circulation veineuse peut être une cause d'œdème.

En 1680 Richard Lower démontrait par la ligature de la veine cave inférieure et par la ligature des veines jugulaires que tout obstacle au cours veineux amenait un gonflement œdémateux dans les parties situées en amont. Après lui, d'autres expérimentateurs ont obtenu les mêmes résultats, mais c'est BOUILLAUD en 1823, qui établit le premier et d'une façon générale que l'oblitération veineuse était suscep-

toujours et pouvait, dans certains cas, devenir éléphantiasique.

RANVIER démontre ensuite, par des expériences restées célèbres, que l'oblitération veineuse seule n'était pas capable de produire ces œdèmes et qu'il fallait tenir compte des troubles de l'innervation vasomotrice.

BODDAERT, HEHN, ROTT et COHNHEIM reprirent ces expériences et arrivèrent aux mêmes conclusions. Cependant VULPIAN et PHILIPPEAUX, STRAUSS et DUVAL admettaient toujours que l'oblitération veineuse sur une grande étendue était capable d'amener de l'hydropisie cellulaire,

JANKOWSKI, JOSUÉ et ROGER, puis plus récemment CALVÉ montrèrent de nouveau, par des expériences bien conduites, le rôle des troubles vaso-moteurs.

À l'heure actuelle, le rôle du système nerveux ne fait plus de doute pour personne. La pathogénie de l'œdème est donc complexe; à côté de l'oblitération veineuse, il faut admettre le rôle des troubles vaso-moteurs.

« L'irritation commence par le système veineux, dit VAQUEZ, se propage et se perpétue par le système nerveux; la participation des vaso-vasorum aux altérations phlébitiques nous permet de penser que celle des vasa-nervorum à ces mêmes altérations n'est pas une hypothèse gratuite ».

#### IV. Observation d'œdème névropathique, Trophœdème de MEIGE ou œdème segmentaire de DEBOVE.

Observation due à l'obligeance de M. le professeur LAMBRET. — L..., dix-sept ans, n'a jamais quitté le département de l'Aisne. Père mort subitement, mère bien portante.

Comme antécédents personnels, rien à signaler, sauf la rougeole dans le premier âge et de la péricardite (?).

Il y a quatre ans, il s'est aperçu que sa jambe droite augmentait de volume; ce fut d'abord un peu d'œdème malléolaire qui s'installa d'une façon tout à fait insidieuse. Le malade assure n'avoir eu en ce moment ni fièvre, ni frissons, ni troubles généraux quelconques; il déclare également n'avoir éprouvé aucune douleur. L'œdème alla en augmentant lentement, progressivement, envahissant non seulement la jambe, mais bientôt aussi la cuisse.

Au mois de juillet 1902, le malade entre au pavillon Victor OLIVIER, où le soigne M. le docteur LAMBRET. A ce moment, le membre inférieur droit a pris des proportions énormes. Un œdème considérable envahit le pied, la jambe et la cuisse et se termine brusquement au pli inguinal droit où il forme un bourrelet très appréciable. Cet œdème est particulièrement accusé au tiers inférieur de la jambe; de consistance

difficilement l'empreinte au a une coloration norissie qu'on ne peut y faire l manifestement compte ssu sous-cutané qui sont rses sensibilités à la dou- sont parfaitement conser- nution, ni retard. ni traînées lymphatiques. rajet de la veine fémorale. di inguinal droit. La peau s œdématisée; le membre ument normal; pas de al gauche. ue le malade ne ressentait tif, pour lequel il est venu npotence fonctionnelle de

lade, on s'aperçoit qu'on homme bien développé, ent état général. Le corps anes génitaux bien déve- ux viscères ne révèle rien ormal. On note cependant es; rien aux poumons; le olume normal. L'analyse ni albumine.

raitement suivant : Repos ite sur un plan incliné; tout le membre avec une sultat fut tout d'abord et a jambe et la main dimi- que le liquide, qui en était tissu cellulaire de la paroi à petit résorbé.

es des premiers jours ne re ascendante et le volume itôt stationnaire. Il était mélioration plus grande e.

liquide étant chassée du tenant enveloppé par une ndurée; cette peau trop rée avait perdu sa tonicité ir sur elle-même. Il était au malade de marcher, st pourquoi, M. le docteur de lui réséquer sur toute e bande longitudinale de Cette opération devait en e fournir au malade une rel, analogue à celui qui dans la cure chirurgicale : Wartz. On fit cette opéra- rbe d'abord; sur la cuisse a face externe une lanière e tissu enlevé était cons- tissu cellulaire; on allait onévrose. Le derme était grisâtre avec des mailles itenant des lobules grais- le liquide clair.

La réunion eut lieu par première intention. Quand le malade quitta le pavillon, le membre était encore plus volumineux que celui du côté opposé, mais il avait repris forme humaine.

Le résultat eut encore été plus parfait, si une lanière cutanée interne avait été réséquée dans les mêmes conditions. Mais avant de proposer cette intervention complémentaire, le docteur Lambret voulait savoir si le résultat obtenu se maintiendrait. Voilà six mois que l'opération est faite; le membre inférieur est resté *absolument dans le même état* que le jour de la sortie du malade du pavillon. Celui-ci est enchanté de cette grande amélioration obtenue à si peu de frais.

Ce procédé de traitement nous paraît devoir être noté dans une affection encore mal connue et en face de laquelle la thérapeutique est absolument impuissante.

Voilà une observation qui rentre absolument dans le cadre des œdèmes névropathiques, auxquels M. MEIGE a proposé le nom de Trophœdèmes et DEBOV celui d'œdème segmentaire. Ces œdèmes ont une physionomie toute particulière. leur caractéristique c'est d'être chroniques, d'avoir une disposition segmentaire et d'être blancs, durs et indolores; ils affectent de préférence un ou plusieurs segments de l'un ou des deux membres inférieurs et peuvent persister la vie entière sans préjudice notable pour la santé « Le trophœdème, dit MEIGE, est parfois un accident isolé, d'autres fois il est héréditaire et familial. Il semble qu'il puisse être aussi congénital. »

Cet variété d'œdème ne peut pas être confondue soit avec les œdèmes de cause mécanique, soit avec les œdèmes de cause générale (œdèmes cardiaques, brightiques ou autres).

Il ne peut guère être confondu avec l'œdème lymphatique; l'absence de traînées lymphatiques, l'absence de ganglions, le caractère segmentaire l'isole absolument de cette variété d'œdème.

Il ne peut pas plus être confondu avec les œdèmes veineux à cause de l'absence de varicosités, de phlébite ou de péryphlébites.

Il ne peut être confondu avec les œdèmes infectieux, que nous avons intitulés : éléphantiasis nostras ou lymphangite dermique récidivante, à cause de l'absence de poussées inflammatoires.

Dans l'hystérie, on peut observer des œdèmes éléphantiasiques. Mais ces œdèmes ont pour caractère de n'être pas durables, de s'accompagner de troubles manifestes de la sensibilité, d'ulcérations, etc.

Le myxœdème peut donner également lieu à des œdèmes, mais ici bien des symptômes dénoncent la maladie causale. Chez certains sujets enfin apparais-

sent des œdèmes circonscrits de la peau étudiés par QUINCKE en 1881 ; ces œdèmes ressemblent singulièrement comme pathogénie aux œdèmes segmentaires ou trophœdèmes, mais ils ont un caractère absolument distinctif, c'est l'absence de chronicité. Nous verrons plus loin qu'entre ces deux catégories d'œdèmes, il existe des cas mixtes qui semblent indiquer d'étroits liens de parenté.

Voyons maintenant quelle est l'origine du trophœdème ? Pour MEIGE, il faut le chercher dans une lésion de la moelle intéressant l'axe gris. « La répartition segmentaire de l'œdème et les troubles trophiques, qui s'y superposent dans quelques cas, vient à l'appui de cette localisation. On ne peut manquer de saisir l'analogie avec les accidents trophiques et sensitifs de la syringomyélie. Les divisions métamériques s'accordent avec ce mode de distribution périphérique ».

Pour RAPIN, certaines formes fébriles d'œdèmes névropathiques sont comparables à la paralysie infantile, certaines autres à début insidieux sont parallèles à la dystrophie musculaire progressive.

Pour DEBOVE, en l'absence d'autopsie, on ne peut préjuger du mal. Pour lui, il n'y a pas d'altération médullaire, parce qu'il n'y a ni trouble de sécrétion, ni trouble de la circulation, ni trouble de la sensibilité et de la motilité.

Ce n'est pas non plus pour lui une sorte de myxœdème local, parce que rien ne rappelle le myxœdème.

Si l'on est peu fixé sur la nature du trophœdème, on est un peu mieux fixé sur sa pathogénie ou, si l'on préfère, sur ses causes occasionnelles ? Ici, tous les auteurs sont en général assez d'accord pour reconnaître au trophœdème une origine infectieuse ; la fièvre typhoïde a été accusée par MEIGE ; LANNOIS incrimine la scarlatine, RAPIN la variole, HERTOGHE la rougeole, etc. CALVÉ accuse surtout les intoxications gastro-intestinales.

En dehors de toutes ces causes occasionnelles, il est hors de doute que l'on doit tenir compte également de la prédisposition héréditaire. Les cas familiaux et congénitaux en sont une preuve indéniable.

En terminant ce travail sur les œdèmes chroniques, nous voulons donner une dernière observation, qui ne rentre pas tout à fait dans le cadre que nous nous étions tracé et qui paraît plutôt être un cas d'œdème aigu névropathique, appelé du nom de l'auteur qui l'a le premier décrit : œdème aigu de QUINCKE.

Seulement le cas que nous avons observé s'écarte de la marche normale de l'œdème aigu de QUINCKE.

Par sa longue durée, il se rapproche des œdèmes chroniques et semble être une preuve de la parenté qui doit exister entre les deux sortes d'œdème : Trophœdème d'une part, œdème aigu de QUINCKE d'autre part.

Nous allons rapporter cette observation sans commentaires :

V. — *Observation d'un cas d'œdème aigu de QUINCKE se rapprochant des œdèmes chroniques par sa longue durée.*

(Observation recueillie dans le service de M. le professeur COMBEMALE). — F..., Ferdinand, calandreur, 60 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Personne dans sa famille n'a jamais présenté d'affection semblable à celle qui l'affecte aujourd'hui.

Il a eu quinze enfants, sur lesquels il en reste cinq vivants ; tous les autres sont morts en bas-âge. Il avoue des habitudes alcooliques, mais pas la syphilis. Il y a huit jours que le malade remarqua, en travaillant, un peu d'enflure siégeant sur l'index de la main droite au niveau de la première phalange. Cette enflure serait survenue sans cause apparente. Pas de piqûre, pas de plaie — seulement le malade déclare avoir eu très froid aux mains (il faisait d'ailleurs ce jour-là un froid très vif).

Bref, en l'espace de trois ou quatre heures, cet œdème, d'abord localisé à l'index, gagnait la main, puis l'avant-bras. Le malade entre à l'hôpital le 4 février 1902 ; aujourd'hui, huit jours après le début, nous sommes en présence d'un œdème très considérable où le doigt laisse une empreinte profonde. Cet œdème mou, très dépressible, siége sur la main, principalement la face dorsale, sur l'avant-bras et s'arrête au niveau du coude. Il forme à ce point terminal un bourrelet très net, très distinct des parties voisines qui sont saines.

Les parties œdématisées sont absolument indolores ; le malade a conservé tous les mouvements de ses articulations — il n'est gêné que par le poids de son bras.

La peau est saine et ne présente rien de particulier. Pas de veinosités, pas de dilatations ampullaires, pas de traînées lymphatiques (on trouve sur le dos de la main des traces de mouchetures faites en ville par un docteur. Ces mouchetures ont laissé suinter un peu de sérosité, mais en somme, l'œdème n'a guère diminué).

La coloration en général est rouge, aspect un peu inflammatoire. La sensibilité est absolument intacte. Elle n'est ni diminuée, ni exagérée. Les parties œdématisées sont un peu plus chaudes que le reste du corps. Le pouls est analogue des deux côtés ; on trouve des ganglions dans l'aisselle du côté affecté, mais par de traînées lymphatiques appréciables. Le paquet vasculo-nerveux paraît cependant un peu augmenté de volume.

présente rien  
la tempé-  
Il ne pré-  
début des  
La langue  
e paraît en  
mal, le foie  
à signaler  
e 1 2.  
  
itre  
le quelques  
pouvoir le  
it plus d'un  
trois mois  
nplètement  
de la main  
n de revoir  
n'avons pu  
ssée et une  
a main n'a  
  
1901.  
iasiques, th  
tras. *Ann. de*  
*Echo médi-*  
stras.  
Berlin, 1894.  
*Derm.*, juin  
nique hyper-  
bantiasis.  
léphantiasis  
  
I.  
cle éléphan-  
Paris, 1881.  
acirculation  
dre, 1840.  
matismaux.  
dème bleu.  
t le rhuma-

TSCHIRKOFF. Œdème vaso-moteur sans a  
*médecine*, 1893.  
VAQUEZ. *Gaz. hebdomadaire*, 1892.  
VULPIAN. Leçons sur les vaso-moteurs, 1871.  
COLIN. Recherches expérimentales sur le mode de développe-  
ment des infiltrations et hydropisies passives.  
RANVIER. *Académie des sciences*, 20 décembre 1869.  
QUINCKE, 1841. Œdème aigu circonscrit de la peau.  
MILTON, 1876. Urticaire géant.  
STRAUBLINGE, 1885. Œdème aigu angio-neurotique.  
RICAL. Œdème circonscrit de la peau, *Wiener med. Presse*, 1886.  
COURTOIS-SUFFIT. *Annales de dermatologie*, 1887. Œdème aigu  
HERTOGHE. *Soc. de Neurologie*, 5 décembre 1901.  
CASSIRER. Die Vasomotorisch Trophischen neurosen, 1901.  
CALVÉ. Pathogénie de l'œdème aigu toxi-névropathique. Thèse  
Paris, 1901.  
LOURIER. Etude sur l'œdème névropathique. Thèse Paris, 1897.  
MEIGE. *Gazette hebdomadaire*, 20 février 1902.  
— Iconographie de la Salpêtrière, 1899, décembre, 1900.  
— XIII<sup>e</sup> Congrès des aliénistes et neurologistes, Angers.  
1898.  
LAUNOIS. Iconographie de la Salpêtrière, 1900.  
HUTCHINSON. De certaines formes d'œdème dur des jambes  
*Lancet*, 1876.  
DESNOS. Œdème rhumatismal chronique, *Soc. méd. des hôp.*,  
1891.  
HIGIER. *St-Petersburger med. Wochensch.*, 1894.  
TSCHIRKOFF. Œdème vaso-moteur sans albuminurie. *Revue de*  
*médecine*, août 1895.  
MATHIEU et SIKOVA. Œdème névropathique consécutif à l'in-  
toxication aiguë par le sulfure de carbone. *Soc. méd. des hôp.*  
1898.  
OSLER. Hereditary angioneurotic oed. — *Ann. Journ. med.*  
*Sc.*, Bd. 95, 1888.  
MATHIEU et VEIL. Etude sur certains œdèmes névropathiques  
*Arch. gén. de méd.*, 1885, p. 667.  
GUINON. Eléphantiasis congénital. *Soc. de Pédiatrie*, 28 déc.  
TORIENSEN UEBER. Eléphantiasis congenita hereditaria. *Jahr-*  
*buch I Kinderheilkunde*.  
DEBOVE. Œdème segmentaire du membre inférieur. *Soc. méd.*  
*des hôpitaux*, 15 octobre 1897.  
DEBOVE. — *Presse méd.*, mars 1902.

### De l'Épilepsie toxique

par M. L. Marchand

Médecin-adjoint à l'asile de Bailleul.

L'épilepsie semble résulter d'une multitude de causes et c'est avec raison qu'on admet aujourd'hui qu'il n'y a pas une épilepsie mais des épilepsies (FÉRÉ (1), GELINEAU (2)). Les convulsions ne sont qu'un symptôme et peuvent apparaître dans toutes les maladies du système nerveux et dans toutes les intoxications de l'organisme. Longtemps on a considéré comme faisant partie du groupe de l'épilepsie essentielle ou idiopathique les cas dans lesquels l'autopsie et même

(1) FÉRÉ. — Les épilepsies et les épileptiques, 1890.  
(2) GELINEAU. — Traité des épilepsies, 1901.



un examen micrographique minutieux ne révélaient aucune lésion en rapport avec les symptômes graves présentés par les malades. Il faut avouer que depuis plusieurs années ces cas d'épilepsie sans lésions sont devenus de plus en plus rares ; les recherches anatomo-pathologiques, les progrès de la physiologie cérébrale, les expériences sur la toxicité du sang, de l'urine, de la sueur, du liquide céphalo-rachidien des épileptiques ont montré qu'un grand nombre d'observations doivent être soustraites du groupe de l'épilepsie essentielle pour rentrer dans celui des épilepsies symptomatiques.

Une nouvelle théorie de l'épilepsie s'est édifiée, la théorie toxique. « L'organisme, dit M. BOUCHARD, est un réceptacle et un laboratoire de poisons. L'homme se trouve constamment sous une menace d'intoxication à laquelle il échappe grâce à la destruction de ces poisons par certains organes et surtout grâce à leur élimination par les différents émonctoires. Ces produits toxiques, élaborés dans l'intimité de nos tissus par les cellules organiques ou microbiennes ou bien introduits du dehors, se déversent dans le torrent sanguin et sortent de l'économie par les divers liquides excrémentitiels auxquels ils communiquent leur propriété toxique. » La nature toxique de certains cas d'épilepsie idiopathique est maintenant défendue par un grand nombre d'auteurs.

Les recherches de MM. HÉNOQUE (1) et FÉRÉ (2) ont montré qu'après les accès, le sang des épileptiques était moins riche en oxyhémoglobine ; pour eux cette altération du sang n'était qu'une conséquence de la maladie. HAIG (3), pensant que la quantité d'acide urique contenue dans le sang a une influence considérable sur la production des accès épileptiques, a précisé ce fait ; il trouva que la quantité de cet acide est sensiblement proportionnée à celle de l'urée ; on peut, en diminuant la production de celle-ci par un régime approprié, agir efficacement contre les symptômes convulsifs de l'épilepsie. D'après NELSON TECTER (4), l'augmentation de l'urée dans le sang est due au grand travail musculaire, opéré pendant la crise.

(1) HÉNOQUE. Art. Hématoscopie. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 4<sup>me</sup> série, III, 1888, 38.

(2) FÉRÉ. Notes hématospectroscopiques sur les hystériques et les épileptiques. *C. R. Soc. Biol.*, 1889, 104, 131, 164.

(3) HAIG. Conditions physiques de la circulation crânienne ; ses rapports avec la production de la migraine, de l'épilepsie, de la dépression mentale. *Brain*, parts LXI et LXII, 1893, 230.

(4) NELSON TECTER. Origine auto-toxique de l'épilepsie. *The alienist and neurologist*, avril 1897. XXIII, 203.

Les recherches de KRAINSKY (1) que la toxine qui provoque la crise ne peut pas être attribuée à l'acide urique ou à des substances qui le forment, probate d'ammonium qui s'accrue en substance active dans le carbamate. Ce n'est pas l'acide carbamique mais le point de vue expérimental, M. KRAINSKY a montré le degré de toxicité du sérum épileptique, non seulement dans l'animal mais aussi avant, pendant et après l'accès. Ses conclusions sont que le sérum épileptique paraît plus toxique que celui du sang même quand il provient d'épileptiques ou d'accès depuis plusieurs heures avant l'attaque et surtout après l'attaque.

L'émonctoire rénal est l'un des facteurs de l'économie, aussi la toxicité a été l'objet de nombreuses recherches. PÉRON (3), après une série d'expériences, conclut aux conclusions suivantes : Il y a une hypotoxicité des urines, c'est-à-dire que le sang et après l'accès hypertoxique la quantité d'élimination des toxines du sang est diminuée (4), l'acide urique n'est pas l'élément principal de l'accès ; il y a un excès d'acide urique retenu dans le sang, le carbamate qui se transforme pendant l'accès en acide urique éliminé par les reins. Cette opinion est ralliée à l'opinion de KRAINSKY. De BLEILE (6), il résulte également que les épileptiques ont une toxicité sur le sang. On pourrait objecter que cette toxicité est due au grand travail musculaire accompli pendant l'accès. Mais TRAMONTI (7) a mis en évidence que l'urine émise après quelques heures de repos dans lesquels le travail musculaire n'intervient pas est aussi toxique que celle émise pendant l'accès.

Les nombreux travaux sur la

(1) KRAINSKY. Pathologie de l'épilepsie. *Traité de méd.*, oct. 1898. — Pathogénie et traitement de l'épilepsie.

(2) COLOLIAN. La toxicité du sang dans l'épilepsie. *Arch. de méd.*, VII, n° 37, 177.

(3) J. VOISIN et PÉRON. Recherches sur l'épilepsie. *Arch. de neurol.*, XXV, janv.

(4) KRAINSKY. Loc. cit.

(5) WEBER. Sur le rôle de l'auto-intoxication dans l'épilepsie. *Wochenschr.*, 1898, 818.

(6) BLEILE. L'urine dans l'épilepsie. *The Lancet*, 8 mai 1897.

(7) TRAMONTI. *Rivista di psicologia*, psichologia, n° 1, 15 août 1898.



du sang et de l'urine ont déterminé CABITTO (1) et MAVROJANNIS (2) à étudier la toxicité de la sueur des comitiaux. Leurs résultats ne sont pas concordants. CABITTO a trouvé que la sueur des épileptiques était douée d'un pouvoir convulsivant intense qui augmente à mesure que l'accès approche et qui persiste seulement quelque temps après celui-ci; MAVROJANNIS, après l'injection de 50 cc. de sueur d'épileptique, n'a déterminé chez des lapins que des mouvements d'extension forcée de la colonne vertébrale, mouvements qu'on n'observe cependant jamais avec la sueur normale.

Les derniers travaux sur la ponction lombaire ont suscité des recherches sur la toxicité du liquide céphalo-rachidien des épileptiques; ces recherches sont encore peu nombreuses, il n'y a en effet que peu de temps que la ponction lombaire, devenue familière, est employée comme moyen courant de diagnostic. MM. DIDE et SAQUEPÉE (3), PELLEGRINI (4), ont trouvé que le liquide céphalo-rachidien est dépourvu de toxicité chez les épileptiques en dehors des paroxysmes convulsifs; le liquide prélevé après une attaque isolée détermine chez les cobayes des phénomènes légers tels qu'abattement, stupeur, secousses généralisées; le liquide prélevé après des attaques en séries, produit des convulsions généralisées intenses; la mort survient parfois.

Les recherches histologiques, à l'aide de nouvelles méthodes de colorations, ont montré que les altérations spéciales des cellules nerveuses plaident aussi en faveur de l'origine toxique d'un grand nombre de cas d'épilepsie considérés comme faisant partie du groupe de l'épilepsie essentielle. Ces constatations s'accordent avec les travaux faits sur la toxicité du sang et des liquides excrémentitiels de l'économie. Mais y a-t-il une seule toxine capable de déterminer le mal comitial? D'après les observations on peut dire qu'elles sont innombrables. Ne retrouve-t-on pas dans l'étiologie de l'épilepsie des poisons divers introduits du dehors ou élaborés au sein des tissus. Il est inutile d'insister sur les rapports qui unissent l'alcoolisme et l'épilepsie.

D'après ECHEVERRIA (1), STERN (2), HOCHHAUS (3) et BRATZ (4), il faut admettre deux variétés d'épilepsie chez les buveurs. La première variété est due à l'action directe du poison sur les cellules corticales; on peut dans ce cas faire disparaître les crises par la suppression du poison. Dans la deuxième forme, l'épilepsie est due aux lésions organiques et surtout à l'artério-sclérose. L'abstinence ne fait pas disparaître les accidents, car ces lésions persistent. L'intoxication par le plomb, la morphine et le tabac se retrouve également très souvent dans l'étiologie des crises convulsives. MM. BALLET et FAURE (5) ont étudié les attaques épileptiformes produites par l'intoxication tabagique expérimentale. L'intoxication aiguë par la macération de tabac à chiquer donne lieu à des accidents immédiats multiples parmi lesquels des convulsions présentant les caractères qu'affectent chez l'homme les crises épileptiques. Toutes les toxines diathésiques peuvent donner lieu à l'épilepsie. L'arthritique (6), l'urémique, le diabétique sont sujets aux crises convulsives. JACOBY (7) dit que l'épilepsie dans le diabète est due à l'acétonémie et montre l'analogie qui existe entre l'épilepsie urémique et l'épilepsie diabétique. Toutes les infections seraient capables de produire l'épilepsie et en première ligne il faut citer la syphilis. D'après M. le professeur FOURNIER (8), les crises apparaissent surtout à la période tertiaire et en constitue une manifestation tardive par excellence. M. DIDE (9) a montré que l'épilepsie débutait souvent après une fièvre typhoïde. A côté de ces toxines introduites du dehors ou élaborées au sein des tissus, peut-être faut-il ajouter d'autres toxines mal connues et provenant du mauvais fonctionnement de glandes à sécrétion interne. M. FARNARIER (10) a publié un cas d'acromégalie chez un dément épileptique. D'après l'auteur, les crises convulsives peuvent être provo-

(1) CABITTO. Toxicité de la sueur des épileptiques. *Rivista sperim. di frenatria*, XXIII, t. 1, 1897.

(2) MAVROJANNIS. La toxicité de la sueur. *Thèse de Paris*, 1898.

(3) DIDE et SAQUEPÉE. Note préliminaire sur la toxicité du liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie. *Soc. de neurol.*, 18 avril 1901.

(4) PELLEGRINI. La toxicité du liquide cérébro-spinal des épileptiques. *Riforma medica*, an XVII, vol. II, n° 54-55; 4-5 juin 1901, 638-651.

(1) ECHEVERRIA. L'épilepsie alcoolique. *The journal of ment. sc.*, janv. 1881, 489.

(2) STERN. Sur l'épilepsie d'origine alcoolique. *New-York, Medico-legal Journal*, juin 1897.

(3) HOCHHAUS. De la calcification prématurée des vaisseaux de l'encéphale considérée comme cause de l'épilepsie. *Neur. Centralbl.*, XVII, 1896.

(4) BRATZ. Alcool et épilepsie. *Allg. Zeitsch., f. psych.*, t. LVI., 3 juin 1899.

(5) BALLET et FAURE. Attaques épileptiformes produites par l'intoxication tabagique expérimentale. *Soc. Biol.*, 11 février 1899.

(6) TEISSIER. Des crises d'épilepsie liées à l'arthritisme. *Lyon médical*, 1895. XLVIII.

(7) JACOBY. Sur l'épilepsie diabétique. *New-York medical Journal*, 9 novembre 1895.

(8) FOURNIER. Épilepsie parasymphilitique. *Rev. neurol.*, 1893.

(9) DIDE. — Valeur de la fièvre typhoïde dans l'étiologie de l'épilepsie. *Rev. de méd.*, 10 février 1899.

(10) FARNARIER. Observation d'acromégalie chez un dément épileptique. *Soc. méd. psych.*, 31 juillet 1899.

quées par des perturbations dans le fonctionnement de l'hypophyse. Nous avons pu observer dans le service de notre maître, M. TOULOUSE, un cas d'épilepsie convulsive survenue après une ovariectomie (1). Il s'agit d'une femme qui, à l'âge de vingt-deux ans, subit l'opération de l'ovariectomie double pour kystes de l'ovaire. Après l'opération, elle ressentit « des rougeurs et des chaleurs lui monter au visage ». Deux mois après l'opération elle eut une première crise épileptique. Tout d'abord les accès n'apparurent que tous les mois et semblaient remplacer les règles disparues; ensuite les accès sont apparus irrégulièrement et cette névrose ne l'a jamais quittée depuis.

L'organisme est toujours menacé par une foule de poisons; aussi suffit-il souvent de l'altération d'un organe destiné à les éliminer pour voir apparaître la crise épileptique. FERRARINI (2) donne l'observation très instructive d'un sujet qui, chaque fois qu'il présentait un état hépatique marqué, avait des attaques d'épilepsie. MM. BALLET et FAURE (3) ont rapporté au dernier Congrès de Toulouse une observation semblable.

Il reste cependant à expliquer pourquoi tel individu a des accès épileptiques sous l'influence de causes incapables de produire le même phénomène chez d'autres. Pour RONCORONI (4), il existe dans le cortex des épileptiques une disposition spéciale des cellules pyramidales et ce serait là l'expression organique d'un trouble héréditaire. Pour cet auteur, on rencontre encore chez l'épileptique la prédisposition acquise; des deux facteurs précédents, il résulte une altération du chimisme des éléments nerveux du cerveau, substratum indispensable pour la production des accès épileptiques. Pour M. VOISIN (5), l'épilepsie est produite par un poison, mais il faut que le sujet soit prédisposé héréditairement. M. le professeur JOFFROY conclut, à la suite de nombreux faits de pathologie générale, qu'il y a une aptitude individuelle à prendre telle ou telle maladie. L'individu normal traduit par des troubles intestinaux son état toxi-infectieux. Le dégénéré développe avec la plus grande facilité sur

cette intoxication des troubles mentaux et nerveux; l'un aura des hallucinations, l'autre des idées délirantes, un troisième des accès épileptiques. Ce dernier seul a ce que M. JOFFROY (1) appelle l'« aptitude convulsive ».

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

**L'embryologie en quelques leçons**, par le professeur CH. DEBIERRE, Paris, F. ALCAN, 1902.

Dans ce petit volume de 200 pages, reproduction de leçons professées à la Faculté de médecine de Lille, notre collègue, le professeur DEBIERRE n'a eu qu'une ambition: la simplicité, la clarté, la décision. Nous pouvons lui dire qu'il a réussi pleinement.

L'étudiant qui sait seulement son Anatomie ne sait pas assez. Sans doute il connaît l'organisation de l'homme, mais trop souvent le comment et le pourquoi de cette organisation lui échappe.

Pour parachever son éducation scientifique, l'étude du développement des organismes lui est indispensable. Voilà pourquoi à côté de son livre d'Anatomie, l'élève doit constamment avoir sur sa table de travail, son livre d'Embryologie.

Il ne deviendra vraiment capable de comprendre la Biologie, qu'en prenant connaissance à la fois de l'Anatomie achevée et de l'Anatomie du développement.

Ces leçons d'Embryologie lui seront le vade-mecum indispensable. Nous avons plaisir à présenter ce petit volume à nos étudiants.

D<sup>r</sup> F. C.

## VARIÉTÉS & ANECDOTES

### Les mystifications d'Eusapia Paladino

Il règne un grand émoi dans les cercles spirites italiens. M. Guastavino, directeur du *Caffaro*, de Gênes, a accusé Eusapia Paladino, la fameuse femme médium, de n'être qu'une mystificatrice. Les manifestations psychiques dont elle se dit l'instrument ne seraient que « trucs et imposture ».

Pour le prouver, il a publié dans son journal le récit d'une séance de spiritisme à laquelle il assista, en février dernier, chez l'ingénieur Ramorino. A la suite des phénomènes ordinaires de matérialisation: apports de fleurs ou d'objets par des mains invisibles, instruments de musique résonnants sans être touchés par personne, tentures s'agitant ou s'enflant comme sous un souffle surnaturel, attouchements et pressions de mains, etc... M. Guastavino dit avoir reconnu, lorsqu'un visage s'approcha du sien dans l'obscurité, comme pour lui donner un baiser, l'haleine un peu forte qu'il avait remarquée chez Eusapia Paladino, en conversant avec elle avant la séance.

Cette observation, ajoute-t-il, corroborait le récit qu'il tenait

(1) A. JOFFROY. De l'aptitude convulsive. *Gazette hebdomadaire*, n° 12, 11 février 1900, 33.

(1) L. MARCHAND. Epilepsie convulsive survenue après une ovariectomie. *Rev. de Psych.*, sept. 1899.

(2) FERRARINI. Epilepsie auto-toxique d'origine hépatique. *Rev. quind. di psicologia, psichiatria, neuro-pathologia*, 15 février 1898.

(3) BALLET et FAURE. Un cas d'épilepsie d'origine hépatique, Congrès de Toulouse, avril 1902.

(4) RONCORONI. Des lésions du cerveau dans l'épilepsie et chez les criminels. *Arch. di psichiatria, scienze penali et antropologia criminale*, 2 Vol. XVII, fasc. I-II, 1896.

(5) J. VOISIN. Epilepsie, Paris 1897.

au veuf, qui avait demandé à Eusapia défunte épouse. Celle-ci se manifesta embrassements qui permirent à son sprit sentait terriblement le marsala. é un verre de ce breuvage avant la

irecteur du *Caffaro* conte que l'ingé-  
emandé au médium d'obtenir une  
on défunt père sur un bloc de stuc  
r de laquelle se faisait l'expérience.  
l'obscurité, observa qu'Eusapia, en  
ubex comme sous l'influence du délire  
a table un mouvement d'inclinaison  
tendant la main sentit que le corps du  
penché en avant et lorsqu'il examina  
e vague ressemblance avec le profil  
sa aucun doute que celle-ci ne fût à  
rit évoqué.

(Gazette de médecine de Paris).

## & INFORMATIONS

### SITÉ DE LILLE

idats admis à l'Ecole du service de  
elevons avec plaisir le nom de M.  
ulté de Lille, reçu avec le numéro 29.  
lui adresser toutes nos félicitations.

### e santé militaire

de médecin-major de 2<sup>e</sup> classe de  
LAUWEREYNS DE ROOSEDAELE (de

de médecin aide-major de 2<sup>e</sup> classe  
eurs DUPONT, BOSQUET, LEURIDAN,  
GHE, DEMOULIN.

### ions honorifiques

*l'Instruction publique* : M. le doc-  
-Guyon).

*d'Académie* : MM. les docteurs DE  
GAUTHIER, médecin-major au 97<sup>e</sup>  
leuve-sur-Lot) : CRUET (de Paris) ;  
iers) ; DOMECK, de Crémieu (Isère).

### Técrologie

apprendre la mort, à Paris, de notre  
PERT DU PEUX (de Li le). Nous prions  
en sincères condoléances.

**CATARRHES.** — **L'Emulsion**  
illeure préparation créosotée. Elle  
e et l'expectoration. De 3 à 6 cuille-  
lait, bouillon ou tisane.

D<sup>r</sup> Ferrand. — *Trait. de méd.*)

**DU SYSTÈME NERVEUX**  
**NE PRUNIER**  
*icerate de Chaux pur)*

## Statistique de l'Office sanitaire

37<sup>e</sup> SEMAINE, DU 7 AU 13 SEPTEMBRE

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE		Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .		11	11
3 mois à un an . . . . .		15	11
1 an à 2 ans . . . . .		6	5
2 à 5 ans . . . . .		4	5
5 à 10 ans . . . . .		4	3
10 à 20 ans . . . . .		4	3
20 à 40 ans . . . . .		7	6
40 à 60 ans . . . . .		7	8
60 à 80 ans . . . . .		5	6
80 ans et au-dessus . . . . .		2	1
Total . . . . .		65	59

NAISSANCES par quartier		3	17	12	26	8	11	9	6	18	2	6	113
TOTAL des DÉCÈS		4	10	12	41	12	9	9	2	14	4	7	124
Autres causes de décès		5	10	12	10	1	4	2	4	4	1	1	30
Homicide		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide		»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	3
Accident		»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculoses		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse		»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Pneumonie pulmonaire		1	1	»	2	2	»	1	»	3	»	»	10
Mortels et mortels	plus de 5 ans	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2
	de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	moins de 2 ans	»	»	»	6	9	2	1	2	6	3	3	36
Maladies organiques du cœur		»	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	3
Bronchite et pneumonie		1	1	2	4	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale		1	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	4
Autres		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Couquiches		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie		»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Flèvre typhoïde		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole		1	»	»	16	1	1	»	»	»	»	3	»

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 hab.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.
	1	1	1	16	1	1	3

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** : Sur la non-identité de la diphtérie humaine et de la diphtérie aviaire, par M. C. Guérin, vétérinaire. — L'isolement et le traitement des tuberculeux pauvres, par M. le docteur E. Ausset. — NOUVELLES ET INFORMATIONS.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Sur la non-identité de la diphtérie humaine et de la diphtérie aviaire

par M. C. Guérin, Vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur

Il nous semble que les travaux et les observations, produits depuis ces dernières années sur la question des diphtéries humaine et animale, n'ont fait que fortifier les deux camps en présence (unicistes et dualistes) dans leurs positions de défense.

Les unicistes apportent à l'appui de la thèse de l'identité des deux affections, un nombre de documents si considérable qu'ils pourraient, sans inconvénient, mettre en tête de leurs travaux cette phrase de GALLEZ : « Si la médecine, comme autrefois, était restée une science d'observation, en présence du nombre, relativement énorme, de faits apportés aujourd'hui à l'appui de cette hypothèse, nul ne songerait à la mettre en doute, et l'identité de la diphtérie animale et de la diphtérie humaine serait un fait acquis ». C'est qu'en effet les faits rapportés man-

quent tous de la preuve bactériologique, dont la valeur surtout en matière de diphtérie n'est pas discutable.

Les dualistes, pour la plupart bactériologistes, appuient leur thèse sur la flore différente des fausses membranes de l'homme et des oiseaux, et sur les réactions biologiques diverses des agents microbiens composant cette flore. Ils terminent leur longue argumentation en avouant que l'étiologie de la diphtérie aviaire, bien que tout autre que celle de la diphtérie de l'homme, est encore trop obscure pour la déterminer sûrement ; mais que les travaux en cours apporteront la preuve de la spécificité de ces deux affections.

Si l'on examine sous le champ du microscope un frottis de fausse membrane de poulet ou de pigeon atteint de diphtérie aviaire, on est frappé par la richesse de la flore microbienne de ce produit : microcoques, bactéries, bacilles de réactions et de formes différentes accompagnés dans un grand nombre de cas de moisissures, coccidies, grégaires, trichomonas.

La diversité de ces organismes, leur présence plus ou moins fréquente, suivant les cas, nous expliquent pourquoi les auteurs qui se sont occupés de la question, ont émis des opinions si différentes quant à l'étiologie de la maladie suivant l'abondance plus ou moins grande de l'un ou de l'autre des agents parasitaires cités plus haut.

Ces mêmes auteurs, voulant chacun démontrer la



Si les animaux sont jeunes ou peu résistants, comme les pigeonneaux, l'ingestion de tels aliments, souillés par les agents virulents, détermine chez eux, en trois jours, une forme septicémique à marche suraiguë. A l'autopsie, tous les tissus renferment, en grande abondance, la bactérie spécifique.

Si les animaux sont plus âgés, les symptômes varient, suivant les localisations des lésions, qui reproduisent, en tous points, celles de la maladie naturelle chronique.

On peut observer, dès les premiers jours du régime infectant, l'apparition, dans la bouche ou le pharynx, d'une ou plusieurs plaques pseudo-membraneuses, qui peuvent, quelques jours plus tard, être éliminées et disparaître, ou bien être le point de départ d'une lésion proliférante locale, se terminant, ordinairement, par la généralisation du microbe.

Chez d'autres sujets, on trouve des lésions étendues du poumon et des plèvres. Les poumons présentent des foyers de pneumonie caséuse; des fausses membranes épaisses, blanc-jaunâtre, tapissent les parois pleurales; on en voit parfois, même, recouvrant la muqueuse des sacs aériens.

Le plus grand nombre cependant, des animaux mis en expérience, présentent, au bout d'un temps plus long, trois semaines environ, de la dégénérescence du foie en foyers de nécrose, de couleur blanc-jaunâtre au début, et présentant, dans les derniers jours de la vie, une belle coloration vert foncé.

Exceptionnellement, l'ingestion a produit de la péritonite, avec exsudats très abondants et très épais, dans lesquels pullulait l'agent spécifique.

Enfin, chez un petit nombre de pigeons, nous avons vu évoluer des arthrites scapulo-humérales et huméro-radiales, lésions bien connues des éleveurs de pigeons voyageurs.

Les excréments des animaux ainsi infectés sont virulents et il est très facile d'en isoler la bactérie. Il suffit de reprendre une petite quantité de ces excréments par un peu d'eau stérile, et d'inoculer un quart de centimètre cube de cette dilution, sous la paupière inférieure d'un pigeon: la mort ne survient généralement pas du premier coup, mais il suffit de reprendre la fausse membrane formée au point d'inoculation, et de recommencer l'injection sur un second pigeon; au bout de trois ou quatre passages on isole le microbe pathogène à l'état de pureté.

La virulence des excréments nous explique pourquoi

la diphtérie à forme oculaire est si fréquente chez les volailles. En dehors des chances nombreuses de contagion directe, les poules et les pigeons s'inoculent eux-mêmes, grâce à l'habitude qu'ont ces animaux de se gratter fréquemment les paupières avec leurs doigts souillés.

La production expérimentale des lésions de la maladie chronique peut se faire aussi chez le pigeon par l'inoculation de produits virulents, mais il est indispensable que la virulence de ces produits soit très faible, et que les inoculations soient répétées tous les jours jusqu'à infection.

Il semble donc que, pour triompher de la résistance de l'organisme, il faille soumettre les animaux à une contagion *intime et prolongée*. Cette contagion est, en tous points, réalisée dans les poulaillers ou pigeonniers infectés, où les animaux sont en rapport constant avec les excréments, que l'on sait contenir, en abondance, la bactérie spécifique.

Ces faits étant connus, l'étiologie de la diphtérie aviaire étant bien établie et certifiée par l'expérimentation, la première question qui se pose est celle de la contagiosité à l'homme.

La seule observation authentique de contagion est celle rapportée par MM. LOIR et DUCLOUX. Ces auteurs, étudiant la diphtérie aviaire, trouvèrent, dans une ferme, un enfant atteint d'une laryngite pseudo-membraneuse, dont l'agent causal était identique à celui qu'ils trouvaient dans les fausses membranes des poulets, habitant la même ferme et atteints de diphtérie aviaire. Or, la description que ces auteurs font de ce microbe (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1894) ne peut, évidemment, se rapporter à une *Pasturella*. L'agent microbien qu'ils ont étudié nous paraît avoir tous les caractères d'un coli-bacille, microbe que l'on sait se développer très souvent dans les fausses membranes de quelque origine qu'elles soient. L'observation de MM. LOIR et DUCLOUX perd donc, de ce fait, toute sa valeur. D'autre part, depuis trois années que nous nous occupons de cette question, nous avons été amené à faire, dans la région du Nord, des observations si précises que, pour nous, la non-contagiosité à l'homme ne saurait laisser aucun doute. L'élevage et l'entraînement du coq de combat constituent, pour la région du Nord, un sport très goûté, dont la faveur peut rivaliser avec celle accordée aux courses de taureaux dans le Midi. Dans les villes, dans les campagnes surtout, nombreux sont les cultivateurs, les artisans, les

ouvriers même, qui, dans un espace plus ou moins restreint, se livrent avec passion, à l'élevage du coq combattant. Or, il résulte de faits d'observation déjà anciens et bien connus, que cette race spéciale est très sensible à la diphtérie aviaire sous toutes ses formes ; à tel point, que les grands éleveurs nous ont avoué perdre trente-cinq à quarante pourcent de ces animaux de cette maladie. Nous avons pu constater par nous-même la véracité de leurs dires et confirmer bactériologiquement leur diagnostic.

Il faut, alors, voir ces poulets de grande valeur, la bouche et le pharynx remplis de fausses membranes, les yeux démesurément gonflés, par une exsudation conjonctivale très abondante, être amenés dans la salle commune, où toute la famille prend ses repas ; être placés dans des boîtes auprès du poêle, et d'heure en heure, le père de famille, ou l'un de ses enfants, faire manger à la main, ces animaux aveuglés par leur conjonctivite diphtérique. Puis, avec un petit crochet de fer, arracher les fausses membranes, et les disséminer, au gré du hasard ; et, jamais dans ces intérieurs familiaux, parmi les enfants, nous n'avons observé d'épidémie diphtérique, à laquelle cette promiscuité certaine devrait fatalement donner naissance. D'autre part, nous avons vu, chez un commerçant des environs de Lille, s'occupant de la vente du pigeon gras, des jeunes gens, des enfants même, faire, sans danger, pendant quatre heures, chaque jour, le gavage des pigeons de bouche à bec, alors que dix pour cent au moins de ces animaux étaient porteurs de lésions diphtériques dans les premières voies digestive et respiratoire.

Il paraît évident, que, dorénavant, on nous accorde la non-contagiosité à l'homme de la diphtérie à Pasteurella ; mais, nous allons entendre dire bien haut que, concurremment à ce microbe, on peut constater, dans les fausses membranes, d'origine aviaire, la présence du bacille de KLEBS-LÖEFLER. Les observations qui relatent cette présence dans de telles fausses membranes ne paraissent pas pouvoir être mises en doute. Mais ce que l'on peut affirmer c'est qu'il s'agit de cas absolument exceptionnels, parmi lesquels même le microbe isolé est dépourvu de tout pouvoir toxigène et difficilement identifiable avec le bacille de LÖEFLER. Sur soixante-dix-huit examens qu'il nous a été permis de faire, au laboratoire, nous avons pu, par deux fois, isoler des fausses membranes d'origine aviaire, un microbe morphologiquement semblable au bacille

diphtérique humain, poussant en voile sur le bouillon de MARTIN, mais ne produisant absolument pas de toxine. Il en a été de même pour un échantillon isolé dans les mêmes conditions par notre ami MALVOZ, de Liège, échantillon, lui aussi, non toxigène. M. FERRÉ, de Bordeaux, qui voit le plus souvent dans les deux diphtéries le même agent causal, signale chez les volailles atteintes des paralysies des membres, analogues à celles produites par l'inoculation de la toxine diphtérique humaine. Nous n'avons pour notre part jamais observé ces diphtéries aviaires à forme paralytique. Quant à la Pasteurella elle ne produit, dans les différents milieux, aucune toxine apparente et l'injection du produit de culture ne détermine aucun accident.

Nous avons traité plus de deux cents poulets malades par les injections de sérum antidiphtérique humain ; les améliorations ou guérisons que nous avons obtenues se réduisaient au même pourcentage que celles obtenues dans une autre série de malades traités par le sérum normal du cheval. Ces injections ne servent, dans l'un et l'autre cas, qu'à produire une hyperleucocytose momentanée, condition très favorable à la guérison de toutes les maladies septicémiques non toxiques.

Nous sommes donc amené à croire que ces pseudo-bacilles de LÖEFLER dans les fausses membranes de volailles ne doivent pas plus nous inquiéter que ceux que l'on trouve normalement dans la gorge et les fosses nasales de l'homme sain. Que, par certains artifices de technique, on arrive à leur faire produire une toxine appréciable : peut-être, mais pratiquement on peut dire que leur rôle est négligeable.

Nous ne pouvons terminer cet aperçu sur l'étude de la diphtérie aviaire sans dire quelques mots des essais auxquels nous nous sommes livré en vue de guérir ou de prévenir la maladie. Dans un précédent travail (*Annales de l'Institut Pasteur*, décembre 1901), nous disions, qu'ignorant complètement l'existence et le mode de production d'une toxine de la Pasteurella de la diphtérie aviaire il fallait renoncer à l'obtention d'un sérum antitoxique curatif. Depuis cette époque, nous n'avons pas été plus heureux dans cette voie et nous avons abandonné, pour l'instant, l'idée de guérison de la maladie déclarée. Par contre, nous avons essayé chez les volailles un mode de prévention par séro-vaccination qui nous a donné des résultats si encourageants que, depuis trois mois,

nous avons transporté cette méthode dans la pratique, pour en constater les effets, sur un grand nombre d'animaux. Le principe de cette vaccination consiste à sensibiliser les corps microbiens par leur mélange avec un sérum sensibilisateur obtenu par injections intra-veineuses et intra-péritonéales de grandes quantités de microbes à un cheval. Un tel sérum a la propriété, à très petites doses, de rendre les microbes phagocytés pour les leucocytes des volailles normales. Des cultures ainsi sensibilisées sont très bien tolérées dans le péritoine, lieu d'élection des inoculations vaccinales. Ce sérum anti-microbien possède encore la propriété curieuse d'empêcher à la dose d'une goutte, la culture de la *Pasteurella* dans son milieu de prédilection, le bouillon sérum. Cette action ne doit pas être attribuée à une agglutinine, car les cultures achevées ne sont pas agglutinables par le sérum ; elle résulte d'une propriété particulière de la sensibilisatrice dont le rôle n'est qu'imparfaitement déterminé.

### L'isolement et le traitement des tuberculeux pauvres

Par le docteur Ausset, professeur-agrégé à l'Université de Lille

*Lettre ouverte à M. le professeur GRASSET (de Montpellier)  
à propos de son rapport présenté au Congrès de Toulouse (mai 1902)*

MON CHER MAÎTRE,

Je viens de lire le remarquable rapport que vous avez présenté au Congrès de Toulouse (mai 1902) sur *l'isolement et le traitement des tuberculeux à l'hôpital*, et je viens vous demander respectueusement la permission de vous soumettre les quelques réflexions qu'il m'a suggérées.

En France, la lutte semble pleinement engagée et ne tardera pas à nous donner les meilleurs résultats pratiques ; grâce à l'initiative et au dévouement de quelques-uns de nos confrères, cette lutte a été engagée par le sanatorium et le dispensaire, deux œuvres absolument indispensables l'une à l'autre, se complétant réciproquement et qui viennent de recevoir une éclatante approbation par la constitution de la Fédération des Œuvres antituberculeuses françaises, sous les hauts patronages que vous savez. C'est après de mûres réflexions que l'on s'est décidé à ouvrir la lutte à l'aide du sanatorium et du dispensaire et, comme il m'a semblé qu'il existait dans votre rapport des critiques peut-être injustifiées à l'égard

de ces deux modes d'assistance, je voudrais essayer d'y répondre.

Quand des critiques viennent d'un Maître tel que vous et d'un esprit aussi impartial que le vôtre, ceux qui s'attirent ces critiques ne peuvent qu'être honorés, car ils savent que vous ne vous attachez habituellement qu'à des questions qui en valent la peine, et que vos discussions sont toujours empreintes d'un cachet de parfaite justice.

L'idée dominante de votre rapport est qu'avec le sanatorium ou les dispensaires, et même avec les deux réunis, on ne peut assister et soigner *tous* les tuberculeux, tandis qu'avec de *vastes et beaux services hospitaliers, bien séparés et largement dotés*, on procurera l'isolement et le traitement au plus grand nombre.

Il n'est pas dans mes habitudes de rappeler ce que j'ai fait ou écrit. Vu la circonstance, vous me permettrez bien cependant, mon cher Maître, de vous signaler les communications que j'ai faites au Congrès de Naples de 1900 (1) et ainsi intitulées : 1° « La prophylaxie de la tuberculose. Parts respectives des pouvoirs publics et de l'initiative privée dans l'organisation de la lutte » ; 2° « Les sanatoriums ; leur nécessité et leurs avantages ; le choix de leur emplacement. » — Si vous voulez bien me faire l'honneur de me lire, vous pourrez constater qu'après avoir discuté comment il convient d'engager la lutte, après avoir montré ce que l'on est en droit d'attendre du sanatorium, ce que l'on peut lui demander, et ce qu'on ne doit pas attendre de lui, j'ajoutais : « Oui, le sanatorium populaire est indispensable ; oui, c'est une œuvre dont il faut poursuivre avec ardeur la réalisation aussi rapide que possible ; toute Ligue antituberculeuse qui ne comprendrait pas dans ses desiderata la construction de ces établissements serait, à mon sens, une œuvre incomplète, à laquelle il manquerait une tête ; mais je dirai également qu'une œuvre qui limiterait son action à l'édification de ces sanatoriums risquerait encore bien plus de voir ses efforts rester stériles, du moins ne pas être couronnés par des résultats en rapport avec les sacrifices consentis. » Puis, continuant l'examen des moyens les plus propres à enrayer le fléau, j'essayais de montrer que le sanatorium doit être réservé aux curables : « Quant aux tuberculeux incurables, il faudrait leur construire ou bien un hospice spécial autour des villes, ou leur

(1) Comptes rendus du Congrès de Naples et *Écho médical du Nord*, 29 avril et 6 mai 1900.





naires décédés, ainsi que les 203 tailleurs, modistes, épiciers, etc., dont un certain nombre ne tombent évidemment pas sous la protection de l'assistance publique; — mais mes chiffres n'en seront que plus probants). 184 à retrancher de 744, cela nous fait 560 décès de tuberculeux qui auraient dû être assistés. Il y a donc 25 p. 100 d'individus à retrancher des chiffres donnés; sur notre total de 132.000, 25 p. 100 en moins nous donnent 33.000, soit en tout 99.000. Il y aurait donc 99.000 décès de gens auxquels la société devrait l'assistance. Cette mortalité de 99.000 suppose, comme vous le dites, mon cher Maître, une morbidité du triple, soit 297.000 tuberculeux *pulmonaires* à assister en France.

Mais ce chiffre ne nous donne encore que des résultats imparfaits. En effet, il comprend les décès de *tous* les âges, aussi bien des enfants que des adultes. Or, il est bien évident qu'il est impossible de songer à envoyer au sanatorium de tout jeunes enfants, d'autant que ce sont justement les malades les moins dangereux puisqu'ils ne crachent pas. En outre, les enfants, j'en ai malheureusement soigné et autopsié un très grand nombre, n'ont que très rarement une tuberculose localisée *exclusivement* aux poumons. Ils font de la tuberculose *généralisée*. Dans les statistiques on les dénombre parmi les tuberculeux *pulmonaires* parce que les symptômes prédominants existaient dans l'appareil respiratoire, et que souvent ce n'est qu'à l'hôpital, dans les autopsies, qu'on peut se rendre compte des tuberculoses hépatiques, mésentériques, spléniques, péritonéales, etc., concomitantes. Pour ces enfants l'envahissement est tel que toute thérapeutique est impuissante. Or, comme d'autre part ils ne sont pas dangereux puisqu'ils ne crachent pas, il n'y a donc pas à se préoccuper d'eux dans notre étude statistique. La division adoptée dans les statistiques lilloises, après les bébés et les tout jeunes enfants, va ensuite de 10 à 20 ans. J'aurais préféré une division de 10 à 15, puis de 15 à 20, la tuberculose des enfants de 10 à 15 ans étant le plus souvent cliniquement et anatomiquement bien différente de celle des personnes de 18 à 20 ans. J'accepte cependant ces chiffres et ne retrancherai que les cas compris au-dessous de 10 ans : sur les 744 décès par tuberculose pulmonaire, à Lille, en 1900, il y a 50 enfants au-dessous de 10 ans, soit 7 p. 100; sur les 297.000, cela fait encore une défalcation de 27.000, soit 270.000.

En définitive, il y aurait donc en France 270.000 tuberculeux pulmonaires dont la société a le devoir de se préoccuper pour en assurer les soins et préserver les familles.

Avec ces chiffres nous allons maintenant calculer les sommes qui seraient nécessaires pour soigner *tous* ces malheureux.

Vous m'accorderez bien, mon cher Maître, que la *construction* d'un sanatorium en pleine campagne, assez loin des villes, ne coûtera guère plus cher que l'édification d'un hôpital suburbain. (Je ne puis discuter ici la question des pavillons spéciaux dans les hôpitaux déjà existants, car pour les faire assez vastes pour contenir *tous* les tuberculeux, comme vous le voulez, il faudrait des terrains considérables, et les hôpitaux généralement situés en ville ne disposent pas de ces terrains. Que si vous voulez des pavillons spéciaux dans ces hôpitaux, il vous faudra vous contenter de soigner un nombre relativement restreint de tuberculeux *comme avec le sanatorium*. Donc je ne m'occuperai que de la construction d'hospices spéciaux parallèlement à la construction de sanatoriums. Un hospice pour tuberculeux coûtera aussi cher qu'un sanatorium, car si l'on veut y appliquer un traitement rationnel de cure d'air, il faudra des salles très spacieuses, éviter l'encombrement en créant de petites salles de 6 à 8 lits, installer des verandas et des galeries de cure, etc. Et quand je dis aussi cher, je devrais peut-être dire plus cher, car le terrain en ville ou à proximité des villes coûte de très gros prix, tandis qu'en pleine campagne le prix est bien plus bas. Et puis, si l'hospice suburbain est réalisable dans certaines régions de la France où la population est peu dense et où aux portes de la ville on trouve de suite la campagne, dans d'autres contrées, comme dans le Nord, un hospice suburbain serait en contact avec des usines et tous les travailleurs de ces usines. Or, c'est justement dans ces régions que la tuberculose sévit le plus, à cause des agglomérations ouvrières, c'est donc là surtout que la question est particulièrement intéressante. Mais admettons le coût de construction égal pour l'hospice suburbain et le sanatorium. D'après tous les calculs faits par les gens compétents, par ceux qui en ont déjà édifié, il faut compter un minimum de 4.000 francs par lit de sanatorium et, par conséquent d'hospice *pour tuberculeux*. Si nous comptons à 4 mois la moyenne du séjour de chaque malade, chaque lit abritera donc par an 3 malades,



de la précédente, car le mari aura à prélever sur son salaire le prix d'une garde pour ses enfants pendant qu'il sera à l'atelier. Mais ces deux erreurs volontaires inverses se compenseront ; avec l'argent compté pour la famille supposée des célibataires hommes on assistera les enfants des femmes tuberculeuses ; d'autant, en plus, qu'il faut aussi tenir compte des femmes célibataires. Donc à Lille nous avons 437 décès par tuberculose pulmonaire au-dessus de 20 ans. Sur ce chiffre il y a 246 hommes et 291 femmes. C'est donc 246 familles qu'il faudrait assister, soit 33 p. 100 environ, puisque nous avons 744 décès par tuberculose pulmonaire, soit, pour les 270.000 tuberculeux à soigner par la société, 90.000 familles à assister. A 4 francs par jour, chiffre *très large* adopté plus haut, cela nous fait *cent trente-deux millions* par an. C'est encore un nouveau chiffre fantastique.

Ainsi donc, en France, si l'on voulait isoler *tous* les tuberculeux dans des établissements spéciaux et assister *toutes* leurs familles, il faudrait :

*Trois cent soixante millions* pour les constructions, une fois dépensés, et *deux cent soixante-quatre millions par an*, pour les soins aux malades et l'assistance à leurs familles.

Et cela, qu'il s'agisse d'hospices suburbains ou de sanatoriums.

C'est évidemment un rêve absolument irréalisable que de penser qu'un jour on puisse arriver à trouver des sommes aussi considérables. Voilà pourquoi j'estime, mon cher Maître, permettez-moi de vous le dire bien respectueusement, que l'on ne peut, en l'espèce, admettre cette phrase de votre rapport (page 24) : « Ne vaut-il pas mieux faire bien *pour tous* que très bien pour quelques-uns ? » Il nous est impossible, je crois l'avoir démontré, pécuniairement parlant, de *faire bien pour tous* ; il faudrait des richesses que nous ne pouvons songer à obtenir et vous serez obligé, vous en aurez rapidement la preuve, de limiter vos constructions hospitalières comme nous sommes obligés de limiter nos constructions de sanatorium. L'un coûte aussi cher que l'autre, car il ne s'agit pas ici d'un hospice ordinaire avec de grandes salles et de construction banale ; il faut une organisation spéciale d'agencement, de chauffage, d'aération, etc., et, par suite, les mêmes constructions que dans un sanatorium. Et notez que vous aurez le prix du terrain qui sera bien plus élevé pour l'hôpital suburbain. Quant à la question d'entretien des ma-

lades, si vous voulez appliquer la cure rationnelle, cela vous coûtera aussi cher à l'hôpital qu'au sanatorium, et même plus cher pour toutes les raisons que j'ai dites plus haut. Pourquoi donc chercher à faire des hospices suburbains puisque nous n'y trouvons, j'espère vous avoir convaincu, aucun bénéfice pécuniaire sur les dépenses nécessitées par le sanatorium ?

Est-ce à dire qu'au point de vue médical pur, en dehors des questions d'argent, vous trouverez à l'hospice suburbain des avantages spéciaux pour le traitement ? Bien au contraire. Et ici encore nous allons constater la supériorité du sanatorium.

Il est, parmi les tuberculeux pulmonaires, une distinction primordiale à établir, qui consiste à les partager en curables et incurables. A mon avis le même mode d'assistance ne doit pas s'appliquer à ces deux catégories d'individus. Voici, par exemple, un malheureux qui commence une tuberculose ; son mal est encore peu étendu, son organisme peu intoxiqué ; en quelques semaines, quelques mois, les lésions peuvent se cicatriser pourvu que l'on inonde son poumon d'air pur constamment renouvelé, pourvu qu'on fournisse à cet organisme défaillant les moyens de se réparer et de suffire à cette lutte engagée contre le microbe, pourvu qu'on permette à cet individu de se reposer et de placer tous ses organes dans des conditions telles que toutes les dépenses organiques seront supprimées et qu'il n'y aura plus que des recettes. Cette existence humaine, vous pouvez encore la sauver ; est-ce par le pavillon hospitalier, voire même par l'hospice spécial, que vous espérez y arriver ? Il faut de l'air pur pour faire renaître cet appétit disparu ; il faut de l'oxygène en excès pour exciter cette nutrition languissante et pour donner un coup de fouet à ce système nerveux qui va succomber. Est-ce en ville, à l'hôpital, même dans de superbes pavillons, que vous comptez trouver cet air pur ? Est-ce sur les confins de la ville, à proximité des usines chargeant l'air d'une poussière charbonneuse des plus nuisibles ? Je ne le crois pas. C'est en pleine campagne, loin de tout centre industriel, au milieu d'un air non vicié par les agglomérations, près de petits bouquets d'arbres, ou d'un bois, ou d'une forêt, afin que l'air soit en outre tamisé, privé de toutes ses poussières, filtré, que les vents nuisibles soient arrêtés, etc. Croyez-vous que les nombreuses existences que vous sauvez ainsi ne valent pas les sacrifices pécuniaires qu'on sera obligé de faire pour elles ? Ne

soignerait-on ainsi que 25.000 tuberculeux sur les 270.000 calculés plus haut qu'il faudrait se réjouir de savoir qu'ainsi 25.000 Français vont être arrachés à la mort. Et remarquez-le bien, en comptant un séjour de 4 mois par malade, ces 25.000 tuberculeux nécessiteraient 8.500 lits environ, ce qui, avec le chiffre de 4.000 francs par lit que nous avons admis plus haut, nous coûterait 34 millions de premier établissement. C'est évidemment une somme très considérable, mais dont la réalisation ne me paraît pas impossible. Il y aurait un avantage considérable à obtenir ces 25.000 malades guéris, parce que revenus chez eux ils seraient pour tout leur entourage les meilleurs éducateurs et les plus sûrs propagateurs des saines notions de prophylaxie. Ce sont eux qui sauraient inspirer à leurs enfants la sainte horreur du crachat ; nous aurions, en les guérissant, créé toute une cohorte d'instituteurs d'un nouveau genre et qui seraient d'autant plus dévoués à leur tâche et à leur rôle qu'ils seraient plus convaincus par les bons effets qu'ils auraient obtenus d'un traitement bien compris et d'une prophylaxie sévère. C'est alors qu'à la longue nous verrions diminuer la morbidité et la mortalité par tuberculose non seulement du fait de ces 25.000 guérisons, mais du fait que ce serait 25.000 foyers de contagion supprimés.

Ce que je viens de dire ne comporte pas évidemment que nous devions négliger les autres malades et ne rien faire pour les 245.000 tuberculeux qui nous resteraient. Et c'est alors que je ferais entrer en ligne de bataille la merveilleuse arme que sont les dispensaires antituberculeux dont nous possédons à Lille le plus beau modèle. Je voudrais, mon cher Maître, que vous veniez voir fonctionner cette œuvre remarquable que CALMETTE a *entièrement conçue* et menée à bien avec son admirable esprit d'organisation, et vous pourriez juger, avec votre impartialité habituelle, que si les dispensaires ne sont pas la solution unique du problème, ils n'en rendent pas moins d'immenses services et nous donnent des résultats excellents avec des dépenses très restreintes.

Le dispensaire, d'abord, est le complément indispensable du sanatorium, aussi bien d'ailleurs que de l'hospice suburbain ; c'est grâce à lui que l'on pourra aller dépister les tuberculeux ignorants de la gravité de leur état, ignorants même du mal qui les atteint ; c'est grâce à lui qu'on fera la sélection des malades susceptibles de bénéficier de la cure au sanatorium

d'avec ceux qui, trop atteints, ne peuvent plus espérer qu'un adoucissement à leurs maux ; c'est grâce à lui qu'on fera la chasse aux logements insalubres, aux chambres, aux appartements contaminés ; qu'on désinfectera les locaux infectés ; empêchera la dissémination du germe tuberculeux par les linges des malades puisque, dans ce dispensaire, on assure la désinfection de ces linges ; c'est grâce à lui qu'on pourra assister la famille du tuberculeux à l'hôpital, puisque grâce à sa merveilleuse organisation l'enquête aura démontré quels sont les besoins de la famille et sa situation sociale. Et lorsque toutes les places seront prises au sanatorium, lorsque les lits de l'hospice suburbain ou des pavillons spéciaux seront remplis, c'est encore le dispensaire qui viendra au secours du pauvre tuberculeux en lui procurant de quoi vivre sans travailler, en le nourrissant, en lui donnant aussi de quoi se loger et se coucher confortablement, car la misère est parfois telle que ces malheureux sont souvent sans abri ou avec un abri tel que c'est comme s'ils n'en avaient pas.

Pensez-vous qu'une telle organisation soit négligeable ? Je ne le suppose pas ; et j'ajouterai même que si nous avions les millions nécessaires à la construction des 90.000 lits pour tuberculeux il nous faudrait encore des dispensaires qui seraient alors chargés de rechercher, de dépister les malades ; de veiller à leur famille, et d'assurer l'application de toutes les mesures de prophylaxie.

Et maintenant que dirais-je des hospices suburbains et des pavillons spéciaux dans lesquels vous croyez trouver la solution du problème ?

Je suis tout à fait de votre avis lorsque vous écrivez que « c'est une honte et une illégalité que de voir actuellement les tuberculeux, à toutes les périodes, couchés à côté des autres malades, des typhoïdiques, des bronchitiques et des nerveux ». C'est une honte que devraient bien ressentir tous les administrateurs hospitaliers que l'Europe nous envie, mais qu'elle se garde bien de nous prendre ; c'est une illégalité que les pouvoirs publics ont le devoir de faire cesser ; et je dirai comme vous : « la présence des tuberculeux, en grand nombre et à toutes les périodes, dans nos salles communes d'hôpital est un scandale tel que je ne vois pas de dépense plus urgente que celle nécessaire pour la cessation de cet état de choses. » Oui, il n'y a pas, pour les administrations hospitalières, de dépense plus urgente à faire. Il faut qu'elles cons-

truisent des pavillons bien aménagés, très simples, sans aucun luxe, mais parfaitement agencés pour y appliquer, autant qu'il sera possible de le faire, la cure rationnelle de la tuberculose. Là seront reçus les tuberculeux qui n'auront pu trouver de places au sanatorium, ceux dont l'état avancé des lésions n'aura pas permis l'admission au sanatorium. Mais, hélas ! ne comptons pas sur l'édification rapide de ces pavillons. D'abord il semble qu'à plaisir on compose les administrations hospitalières de telle façon qu'elles deviennent un assemblage de personnes, des plus honorables et des plus dévouées c'est vrai, mais qui n'ont que des connaissances très vagues sur les choses touchant à l'hygiène et à la médecine. Et puis, ces pavillons sont forcément restreints parce que les terrains suburbains dont on peut disposer sont eux-mêmes très restreints et que les emplacements disponibles dans les hôpitaux déjà existants sont aussi très minimes. Je considère donc que la construction des pavillons urbains ou suburbains est absolument indispensable non pas tant à cause des services qu'ils rendront aux tuberculeux, qu'à cause des services qu'ils rendront aux autres malades hospitalisés (rhumatisants, typhiques, etc.) qui ne seront plus désormais exposés à la tuberculose. Le pavillon spécial urbain ou suburbain ne peut être considéré comme un instrument de cure : je l'ai démontré plus haut ; car on n'y peut faire la cure d'air et que, sans air pur, il n'y a pas d'appétit et, par suite, pas de suralimentation efficace. Le pavillon urbain est un excellent moyen pour la lutte antituberculeuse, mais c'est un moyen prophylactique ; il réalise l'isolement du tuberculeux, supprime les causes de la contagion et, par suite, on doit en poursuivre ardemment la réalisation. Mais il ne peut en rien suppléer au sanatorium établi en plein air, en pleine campagne. Là seulement la cure peut s'effectuer.

Si donc, dirai-je en concluant, nous voulons nous contenter d'isoler, de parquer nos tuberculeux pour faire disparaître la contagion, construisons 270.000 lits d'hôpitaux spéciaux urbains ou suburbains. Mais n'espérons pas avec cela obtenir la guérison d'un seul de ces malheureux. Si, au contraire, nous voulons en guérir un grand nombre tout en isolant également ceux dont nous ne pouvons espérer la cure, construisons des sanatoriums pour abriter ces 270.000 malades. Mais comme, hélas ! l'argent nous manque pour réaliser de suite l'une ou l'autre de ces

solutions, je dirai : 1° il faut continuer à construire le plus de sanatoriums que l'on pourra, où l'on soignera et guérira un grand nombre des *débutants* dans la maladie ; 2° il faut poursuivre ardemment, et partout l'installation de dispensaires antituberculeux, excellents pour la défense prophylactique et l'assistance à domicile ; 3° l'édification de pavillons urbains spéciaux s'impose dans le plus bref délai afin qu'on ne continue pas à observer ce que nous voyons tous les jours à l'hôpital : un rhumatisant, un typhique, un cardiaque qui contracte la tuberculose, parce que l'Administration l'oblige à rester couché à côté d'un tuberculeux.

Voilà toutes les réflexions que m'a inspirées votre remarquable rapport. L'armée antituberculeuse doit être fière de vous compter dans ses rangs et vous saurez, j'en suis sûr, devenir rapidement un de ses chefs, lui apportant le concours précieux de votre science autorisée. En vous priant de m'excuser d'avoir retenu si longtemps votre attention, veuillez agréer, mon cher Maître, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

Jules ROMIGNOT

La Faculté de médecine de Lille perd, avec ROMIGNOT, un de ses élèves les plus brillants et les plus estimés.

D'une famille lilloise, ROMIGNOT, après s'être distingué au Lycée Faidherbe, entra à la Faculté en 1892 ; reçu externe des hôpitaux en 1894, il dut, peu de temps après, interrompre la préparation de l'internat pour des raisons personnelles. Revenu à la Faculté vers 1898, il fut séduit par les études anatomiques et se prépara au Concours d'adjuvat de 1899 ; nommé premier aide, il fut délégué dans les fonctions de prosecteur ; il s'y distingua par son ardeur au travail, et par la clarté de ses conférences d'ostéologie très appréciées des étudiants.

D'un caractère gai, enjoué, d'une franchise parfois brutale, d'un esprit vif, alerte, primesautier, particulièrement avide de vérité, il savait mettre en relief, dans les discussions qu'il affectionnait, l'originalité de son raisonnement et de ses vues, le piquant de sa critique, et défendre avec acharnement ses opinions très personnelles. En anatomie, il s'était acquis de solides connaissances sur la morphologie comparée du système locomoteur.

Malgré sa santé chancelante, il entreprit pour sa thèse — qui est excellente — des travaux au-dessus de ses forces ; prodiguant les veilles, multipliant les recherches de laboratoire, il arriva à mettre bien en lumière un point à peine effleuré de la myologie et montrer le rôle, primordial à son avis, de la compression dans la localisation des tendons.

les poursuivre après le concours est en juillet ; la mort est venue et empêcher la réalisation d'une toute sa vie et toutes ses pensées.

Lui livra la maladie qui l'emporte, le concours, il sentit cependant que, au port, disait-il à sa sœur qui, malade avec un admirable dévouement au professorat, je ne pourrai pas sentiment ne l'avait pas trompé ; oire de l'homme droit, sincère, rigible, du chercheur convaincu,

D<sup>r</sup> G.

•••

lieu jeudi, les discours suivants professeur FOLET, remplaçant le DEBIERRE.

le professeur Folet

viens rendre le dernier hommage méritants et les plus sympathiques tant de la Faculté. Je suis d'autant ce devoir que j'ai connu Jules enfance, le suivant à travers les es du baccalauréat jusqu'au seuil

OT s'était assez vite, sous l'inspiration, orienté vers l'anatomie. concours, il remplissait depuis prosecteur et faisait aux étudiants d'ostéologie très soignées et très ée même sa thèse de doctorat sur n'il avait longuement travaillé, il rosectorat. Tout lui présageait la ur lesquels la Faculté comptait, le germe depuis longtemps prit iétante. Il est hors de doute que veilles auxquelles il se livra pour préparation de son concours, que fâcheux effet sur l'évolution de œuvre enfant, bercé par des illu- pas la gravité croissante de sa bout il continua de sourire à ses

erte et vive, d'un caractère facile e tous à la Faculté. Ses maîtres, , l'ont bien connu et l'ont eu pour es qui lui étaient très attachés et té décliner de jour en jour, tous ie à cet aimable et laborieux jeune ssant le souvenir mélancolique et nte; fauchée avant l'heure et de ...

professeur Debieyre

uné camarade, qui m'aurait dit, laire, que je ne serais revenu vers nel adieu. Je ne puis surmonter puis, un seul instant, m'arracher ur me rappeler, en face de cette

fosse prématurément ouverte, la vanité des choses humaines. Ta mort ne dément-elle pas l'existence d'une providence sage, juste et bonne ?

Jeune, actif, intelligent, laborieux, cœur franc et loyal, tu étais aimé de tous et tu pouvais aspirer aux plus légitimes ambitions. Et te voilà fauché par la mort imbécile, couché pour jamais dans cette tombe. A cette pensée, on se demande si tout n'est pas inutile et vain, s'il ne faut pas s'abandonner au douloureux scepticisme ou au morne désespoir. Eh bien ! non, tu savais, toi aussi, que si la vie individuelle tombe et périclète, la vie générale est éternelle et que nous devons y apporter toutes nos forces.

Si tu pouvais encore tressaillir dans ton cercueil, tu éprouverais une dernière satisfaction à voir l'émotion qui bouleverse notre âme, la douleur qui frappe le cœur de tous tes amis. Rien ne pourrait mieux aussi consoler la femme admirable, ta sœur dévouée qui a veillé sur toi, qui t'a soigné avec une tendresse de mère. Mais je sais qu'il y a des douleurs qui ne veulent pas être consolées.

Au nom du service d'anatomie, au nom de tes camarades, je t'adresse, mon pauvre ROMIGNOT, un dernier adieu. Ton souvenir ne s'effacera jamais des lieux où, malgré ton jeune âge, tu avais accompli un si fécond et si laborieux travail.

Et quand les maîtres auront à donner aux jeunes un exemple de travail, d'activité, de volonté, c'est ton souvenir qu'ils évoqueront.

Je ne saurais faire un plus bel éloge de ta trop courte carrière.

### Notre Carnet

Le 6 septembre a été célébré, à Saint-Amand-les-Eaux, le mariage de M. Edouard BRETTON, pharmacien, préparateur à la Faculté de médecine, avec Mademoiselle Fernande ROUGEMONT. Nos meilleurs félicitations aux jeunes mariés.

### FACULTÉS & ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

**Bordeaux.** — Un Concours pour une place de chef de clinique médicale sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le lundi 17 novembre 1902.

Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 13 novembre.

**Tours.** — Un Concours pour une place de suppléant de chaires de pathologie et de clinique médicales aura lieu à la Faculté de médecine de Paris le 19 janvier 1903.

### Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs F.-G. COLLIN, de Saint-Hilaire (Nièvre) ; DELACOUR, de Rennes.

### OUVRAGES REÇUS

— *La vie en prison*, par le docteur Ch. P. Storck, 1902.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES.** — *Le Marchais* est la meilleure préparation qui diminue la toux, la fièvre et l'expectoration. De rées à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.

D<sup>r</sup> Ferrand. — *Traité*

### RECONSTITUANT DU SYSTÈME N NEUROSINE PRUN

(Phospho-Glycérate de Chaux pu

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine.

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; Barrois, professeur de parasitologie ; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; Carlier, professeur de pathologie externe ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphilitique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Delégarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé ; Guérin, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Kér, l'Asile d'aliénés d'Armentières ; De Lapo, de clinique ophtalmologique à Paris ; Le hôpitaux ; Manouvriez (de Valenciennes) pendant de l'Académie de médecine ; M, cipal, agrégé du Val-de-Grâce ; Oul, chargé d'un cours d'accouchements ; Su, de pathologie interne et expérimentale ; V, agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale, mé  
POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 138, Boulevard de la Lil

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 c

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Quelques mots sur l'Agurine, par MM. le professeur Combemale et Obers, externe. — Monoplégie brachiale au cours de la chorée de Sydenham, par MM. les docteurs G. Raviart et P. Caudron. — ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES. — VARIÉTÉS ET ANECDOTES. — ALCOOLIA. — MOTS DE LA FIN. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — BIBLIOGRAPHIE. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Quelques mots sur l'Agurine

par MM. le professeur Combemale et Obers, externe des hôpitaux

Le clinicien trouve dans la théobromine un diurétique puissant, mais peu facile à manier en raison de son insolubilité ; la théobromine a cependant fait depuis longtemps ses preuves. On lui a un temps préféré la diurétine, sel double de théobromine sodée et de salicylate de soude à parties égales, qui a l'avantage d'être soluble, mais présente par contre les inconvénients d'être d'un goût désagréable, quelque subterfuge que l'on emploie pour le cacher, d'être mal supportée, et de provoquer des vomissements, parfois enfin d'exercer une action nuisible sur le cœur.

Mais bientôt le problème s'est posé de trouver un composé chimique, actif de par la théobromine qu'il contiendrait, soluble à l'inverse de ce médicament et ne possédant aucun des inconvénients secondaires de la

diurétine. IMPENS (1) croit avoir réussi en remplaçant le salicylate de soude par le sel inoffensif par lui-même et des propriétés diurétiques. Dans cette théobromine, il entre pour 1 gramme 0 gr. 40 d'acétate de soude, la teneur étant, grâce au poids moléculaire relative de soude, de 10 % supérieur à la diurétine. Le nom d'agurine a été de

..

L'agurine se présente sous forme blanche, hygroscopique, facilement soluble dans l'eau, d'une saveur salée et amère, de réaction alcaline.

Dans ses premières recherches IMPENS a étudié l'action diurétique de l'agurine sur le lapin et a trouvé ce pouvoir plus puissant que celui de la diurétine, l'agurine ayant le grand avantage de n'influencer ni la circulation, ni la tension artérielle, ni le rein. Sur l'homme il consacre des recherches relatives ; il explique du reste ce fait par l'état de l'organisme physiologique, dont l'équilibre est normal, ne peut céder que la partie liquide ; si la réserve de liquide de l'organisme est faible ou nulle, l'effet diurétique sera nul. Il nota aussi que l'élimination des mal

(1) IMPENS. Contribution à l'étude des préparations de théobromine. Archives internationales de pharmacod, vol. IX, 1901, p. 1.



phosphates, chlorures) est favorisée. La conclusion de M. IMPENS était que l'agurine était la préparation de théobromine la plus inoffensive, la plus avantageuse et la plus rationnelle.

La première étude clinique de l'agurine est due au professeur DESTREE (1), dont l'opinion est d'emblée favorable. C'est un bon diurétique, dit-il dans ses conclusions, bien supporté à cause de sa faible causticité ; son action se fait sentir à des doses relativement faibles, ses effets pouvant déjà se manifester aux doses de 0 gr. 25 et 0 gr. 50 par jour. Dans un cas particulier 1 gr. 50 administré pendant quelques jours a fait monter la quantité d'urine de 1,200 cc. à 4,000 cc. Ses effets ne portent pas seulement sur la quantité d'eau éliminée, mais aussi sur les éléments solides excrétés par le rein ; ils persistent plusieurs jours, souvent une semaine, après son administration. L'élimination des phosphates de l'urine est surtout accrue sous l'influence de l'agurine, et de ce chef le médicament doit être rejeté quand il y a phosphaturie. Enfin les effets sont inconstants dans les affections rénales, peut-être même nocifs. De ces conclusions favorables, il faut retenir qu'il n'y a pas intérêt à donner la diurétine chez les brightiques non plus que chez les malades susceptibles de se déminéraliser facilement.

Presqu'en même temps que cette communication de DESTREE, paraissait un petit travail du docteur MICHAELIS (2), assistant de l'hôpital municipal de Berlin, qui publiait les succès obtenus sur de nombreux malades avec l'agurine dans le service du professeur LITTEN.

Pour MICHAELIS, l'agurine est indiquée en premier lieu dans les œdèmes, surtout quand ils dépendent d'une lésion valvulaire du cœur ; les meilleurs effets sont obtenus, quand préalablement ou simultanément la digitale a été administrée. Dans les cas d'intégrité rénale, l'agurine agissait toujours très rapidement ; mais, s'il y avait de la néphrite, l'action thérapeutique était nulle, excepté dans le cas de néphrite interstitielle légère ou chronique. Le clinicien affirme, d'autre part, n'avoir jamais eu à noter d'effet accessoire désagréable sur le cœur ou sur l'estomac ; souvent même, dit-il, là où la diurétine provoquait des nausées, l'agurine a été parfaitement supportée. Son effet se manifeste du reste rapidement, mais

s'éteint en général un jour après la cessation de la médication. La dose administrée chez l'adulte a été de 1 gr. trois fois par jour.

L'opinion de MICHAELIS confirme donc celle de DESTREE : l'agurine est un excellent diurétique, dont il faut éviter l'emploi chez les brightiques, et qui ne donne lieu à aucun effet désagréable.

Mêmes conclusions aussi catégoriques données par le professeur BUCHWALD (1) (de Breslau) :

Chez les cardiaques porteurs d'œdèmes on constate la disparition indubitable des œdèmes et des hydropisies. Dans les cas de néphrites les résultats sont moins nets. Contre l'ascite, l'effet est nul. Il n'est jamais noté d'effets accessoires nocifs. Au cas de susceptibilité de la part du malade, il est conseillé d'administrer l'agurine mélangée à de l'eau de menthe poivrée ou sous forme de pastille contenant 0 gr. 50 de principe actif.

Quant à LITTEN, il répète ce qu'avait dit MICHAELIS : « L'agurine n'a pas les inconvénients que peut entraîner pour la diurétine son radical salicylique sur l'estomac et le cœur. Elle est bien supportée, constitue un diurétique rénal vrai et est indiquée dans toutes les hydropisies dans lesquelles l'épithélium rénal est intact ou suffisamment conservé pour réagir sous l'influence du médicament. L'action diurétique se fait sentir au bout de deux à trois jours et cesse environ quarante-huit heures après l'administration de la dernière dose.

De BUCK (2), n'est pas moins affirmatif : « L'agurine, dit-il, est un précieux remède pour déshydrater l'organisme dans tous les cas où le rein n'est pas ou du moins pas profondément altéré ». « Les doses de 2 grammes en moyenne par jour suffisent, mais on peut aller au-delà, car le médicament est bien supporté et ne provoque aucun trouble secondaire ». Considérant que l'agurine est très hygroscopique et s'altère en présence de l'acide carbonique de l'air, M. de BUCK recommande de le prescrire dans du papier parcheminé ou bien de préparer les solutions dans de l'eau ordinaire ou de l'eau de menthe, de mélisse, à réaction non acide, en évitant les mélanges de sirop, de suc de fruits, et en édulcorant de préférence avec le sucre artificiel cristallisé.

Ces opinions sont certes concordantes ; et l'agurine

(1) DESTREE, *Société thérapeutique de Paris*, 11 juin 1901.

(2) MICHAELIS (*Deutsche Aerzte Zeitung*, n° 24, 1901).

(1) BUCHWALD, *Schlesische Aerzte Correspondenz*, septembre 1901.

(2) DE BUCK, Quelques considérations cliniques relatives à l'agurine *Belgique médicale*, 1902, p. 371.

doit apparaître comme un bon diurétique, le diurétique idéal même qu'est la théobromine, débarrassé de ses effets secondaires. C'est sous cette impression, résultat de nos lectures de la bibliographie de l'agurine, que nous avons entrepris quelques recherches cliniques. Nous avons hâte de dire que notre opinion définitive n'est pas de tous points conforme à celle des auteurs qui précèdent.

A deux reprises, nous avons essayé de l'agurine ; l'espace de quelques mois qui a séparé nos deux tentatives était destiné à obscurcir l'influence que nos lectures ou notre première expérimentation pouvaient exercer sur notre jugement clinique. A chaque tentative, l'agurine a été donnée à des sujets porteurs de lésions rénales et cardiaques. Les doses quotidiennes administrées, toujours sous forme de cachets, ont varié de 1 à 3 gr. De plus, chacun de ces malades était soumis au régime lacté absolu. Les urines étaient jaugées, presque toujours examinées journalièrement pour dosage de l'urée, des phosphates, du chlore.

Voici d'abord nos observations cliniques ; nous les ferons suivre de quelques réflexions.

**OBSERVATION I.** — H. . ., Victor, 68 ans, journalier, est porteur depuis huit ans d'une néphrite interstitielle chronique par athérome, qui donne fréquemment lieu, à intervalles irréguliers cependant, à des accès bâtarde d'urémie et d'hyposystolie.

Le 10 décembre 1901, il entre à la Charité avec un œdème des jambes notable, les poudrons infiltrés aux basés, la respiration fort gênée ; son visage est bouffi et les paupières inférieures sont le siège d'une infiltration abondante. Immédiatement soumis au régime lacté avec 2 gr. de théobromine, une diurèse abondante se produit et la dyspnée et l'œdème disparaissent rapidement. De 400 gr. ses urines montent le deuxième jour à 1.200 gr., le troisième à 1.800 gr., le quatrième à 2 litres, le cinquième à 2 lit. 500 cc. et les jours suivants le volume atteint 3 lit. 500. Le malade sort quelques jours après en bon état, sans trace aucune d'œdème ni d'hydropisie.

Mais le 3 février 1902 on le ramène dans un état lamentable ; l'œdème s'est à nouveau généralisé, la figure est bouffie, les membres inférieurs, les bras même sont infiltrés de sérosité. La dyspnée est intense, tout le poudron est criblé de sous-crépitations. L'examen de l'urine pratiqué le 4 février donne comme résultat :

Volume .....	600 cc.			
Densité .....	1.016			
Albumine .....	2 gr.	par litre, soit	1 gr. 20	au total
Urée .....	15 gr.	id.	soit 9 gr.	id.
Phosphate .....	3 gr. 60	id.	soit 2 gr. 10	id.

Cette fois, bien que les phénomènes fussent plus

accentués que lors de son premier séjour, on soumet encore le malade au régime lacté, et en prenant pour point de comparaison la théobromine, on lui administre la même dose d'agurine, soit deux grammes.

Dès le lendemain, 5 février, l'analyse des urines donne :

Volume .....	1.800 cc.			
Albumine .....	1 gr.	par litre, soit	1 gr. 80	au total
Urée .....	16 gr.	id.	soit 28 gr. 80	id.
Phosphate .....	1 gr. 20	id.	soit 2 gr. 16	id.

Le 6 février, on recueille :

Volume .....	2 litres			
Albumine .....	traces			
Urée .....	17 gr.	par litre, soit	34 gr.	au total
Phosphate .....	1 gr. 20	id.	soit 2 gr. 40	id.

et l'on élève la dose d'agurine à 3 grammes, mais l'œdème et l'oppression persistent quand même et le taux urinaire ne s'élève pas davantage.

Devant cet état stationnaire, on a recours aux 2 gr. de théobromine qui avaient précédemment été si utiles ; et en deux jours l'œdème disparaît, le premier jour le malade ayant donné 3 litres d'urine, le second 3 litres 500.

**OBSERVATION II.** — D. ., Gustave, 54 ans, est atteint de néphrite épithéliale chronique, depuis deux ans environ. Malgré un séjour prolongé à l'hôpital, malgré le traitement diététique par le régime lacté, l'albumine reste au minimum de 2 grammes par litre ; les épistaxis, les crampes, la céphalée persistent. Le 10 février 1902 les urines qui s'étaient maintenues jusque-là à un volume de 1 lit. 800 cc. à 2 litres, tombent subitement à 600 cc. ; en même temps apparaît un œdème assez important, signe d'une poussée aiguë de la néphrite, qui envahit les membres inférieurs.

Dans le but de rétablir la diurèse, on donne 2 gr. d'agurine le 13 février ; et la quantité d'urine augmente ; le 14 on a 1.200 gr., le 15 avec 3 gr. d'agurine on a 1 lit. 800 cc. ; le 16, 2 litres, mais l'œdème persiste quand même et la respiration devient gênée. Dans ces conditions on fait appel à la théobromine et, au bout de quelques jours, 2 gr. de ce produit entretiennent et augmentent la diurèse, en même temps que les œdèmes s'effacent.

**OBSERVATION III.** — Champ . . ., Louis, charretier, âgé de 47 ans, consécutivement à plusieurs attaques de rhumatisme aigu, est porteur d'une péricardite chronique et d'une insuffisance mitrale. Par suite de la symphyse cardiaque qui domine, l'hyposystolie est permanente et se traduit en plus de l'œdème des membres inférieurs par un volumineux foie induré ; les urines sont généralement peu abondantes. Mais vers le 20 janvier 1902, alors que les jambes sont plus œdématisées que d'ordinaire, après une prise de digitaline destinée à invigorer le cœur défaillant, l'examen des urines analysées ayant donné :

Volume .....	1 litre
Urée .....	16 gr. par litre
Phosphates .....	1 gr. 25

vier 2 grammes d'agurine.  
pas de nausées immédiates ;  
se plaint de violentes coliques  
re heures qui suivent il a  
our cette raison sans doute,

par litre, soit 10 gr. au total  
0 id. soit 2 gr. 95 id.

dose de 2 gr. d'agurine prise  
obtient :

par litre, soit 8 gr. 80 au total  
5 id. soit 2 gr. 13 id.

de qui a encore éprouvé la  
s après l'ingestion de ses  
refuse de continuer cette  
espondante à cette dernière

rammes

par litre, soit 14 gr. 40 au total  
1 gr 44

., Jean-Baptiste, 74 ans, ter-  
depuis deux mois, et le soir  
A l'examen, le cœur bat irrè-  
ments sont sourds, éloignés,  
transmise à l'artère radiale  
ours de régime lacté et de  
s irrégulier, bat un peu plus  
e des jambes persiste. C'est  
'on fait prendre au malade

agurine, l'examen des urines

cc.  
le  
ne

par litre, soit 11 gr. 55 au total

25 par litre, soit 10 gr. 30 au total  
25 id. soit 2 gr. 05 id.

r du traitement, on donne  
l'on obtient :

2(0)

par litre, soit 15 gr. 40 au total  
80 id. soit 10 gr. 55 id.  
52 id. soit 1 gr. 15 id.

siste, mais seulement autour  
se chiffre :

450 grammes

par litre, soit 17 gr. 15 au total  
id. soit 12 gr. 40 id.  
75 id. soit 1 gr. 80 id.

me a totalement disparu, on  
ependant encore :

1.100

par litre, soit 16 gr. 10 au total  
50 id. soit 8 gr. 05 id.  
02 id soit 2 gr. 35 id.

Le 4 mai le volume tombe à 2 litres ; le 5 on n'a plus que 1.200 gr.

OBSERVATION V. — V..., Pierre, 16 ans, est porteur d'une symphyse cardiaque avec insuffisance mitrale consécutive à une sévère attaque de rhumatisme il entre à l'hôpital avec un œdème général. Les membres inférieurs sont enflés, froids, le bouffi et le ventre est distendu par une ascite. L'asphyxie au point de gêner la respiration. L'asphyxie n'amène aucune modification ; la digitale sans effet immédiat ; aussi le 19 avril 1 paracentèse, on retire 6 litres de liquide de l'abdomen.

Le 30 avril l'ascite persiste, malgré la ponction ; l'œdème des jambes aussi. On urine pour amener de la diurèse. Le taux de la veille de la première prise d'agurine était :

Volume.....	1.200 cc.		
Aspect.....	limpide		
Réaction.....	alcaline		
Urée.....	7 gr.	par litre, soit	8 gr
Albumine.....	Néant		
Chlore.....	29 gr.	id.	soit 2 gr
Acide phosphorique	0 gr. 92	id.	soit 1 gr

Le 1 mai cette première prise de 2 gr. donne :

Volume.....	1.100		
Urée.....	12 gr.	par litre	soit 18 gr
Chlore.....	4 gr. 70	id.	soit 7 gr
Acide phosphorique	1 gr. 32	id.	soit 2 gr

Le 2 mai, la dose d'agurine est augmentée. On donne 3 grammes et le chiffre des urines

Volume.....	2 litres 200.		
Urée.....	12 gr.	par litres, soit	26 gr
Chlore.....	3 gr. 20	id.	soit 7 gr
Acide phosphorique	1 gr. 85	id.	soit 3 gr.

Comme l'œdème des jambes tend à diminuer, toutefois que l'ascite paraisse influencée, on continue les 3 grammes d'agurine et l'on

Volume.....	2 litres 400		
Urée.....	12 gr.	par litre, soit	28 gr
Chlore.....	3 gr. 20	id.	soit 7 gr
Acide phosphorique	1 gr. 85	id.	soit 4 gr

Le 4 mai l'œdème des membres inférieurs est totalement disparu ; l'urine émise est de :

Volume.....	2 litres 400		
Urée.....	12 gr.	par litre, soit	32 gr
Acide phosphorique	1 gr. 85	id.	soit 5 gr
Chlore.....	3 gr. 20	id.	soit 8 gr

Le 5 mai on a encore 2 lit. 900 d'urine ; les solides sont restées au même chiffre, à peu

Urée.....	11 gr.	5 par litre, soit	33 gr
Chlore.....	3 gr. 12	id.	soit 9 gr
Acide phosphorique	1 gr. 25	id.	soit 3 gr

Le 6 mai on suspend le médicament, et suivants le malade émet encore 2 litres, puis 1.600 et reste à ce taux pendant quel

OBSERVATION VI. — D..., Henri, 17 ans, (

d'une insuffisance mitrale consécutive à plusieurs attaques de rhumatisme survenues depuis trois ans.

Le 4 avril 1902, il entre à l'hôpital en asystolie : dyspnée intense, jambes distendues par l'œdème, foie gros, dur ; si l'on appuie fortement sur le foie, les veines du cou se gonflent, le réflexe hépato-jugulaire a lieu, les battements du cœur sont faibles, fréquents. Les urines sont rares, colorées, légèrement albumineuses. Cinquante gouttes de la solution hydro-alcoolique de digitaline cristallisée au millième sont destinées à amorcer la médication par l'agurine.

Mais, dès l'ingestion du premier gramme d'agurine, le malade est pris de nausées, que suivent bientôt des vomissements et de la diarrhée. Une nouvelle tentative est faite le lendemain pour donner l'agurine, mais les mêmes nausées s'étant produites, le malade refuse de prendre les cachets contenant ce médicament.

**OBSERVATION VII.** — M..., Jean-Baptiste, 72 ans, tisserand, est un artério-scléreux cardiaque et rénal, qui s'est déjà plusieurs fois présenté à l'hôpital en état d'asystolie ; la digitaline une fois, la théobromine l'autre, le remirent assez vite sur pied.

Sorti le 4 juillet amélioré, il revient le 17 juillet 1902, en état d'asystolie encore plus marqué que précédemment. Les jambes et les cuisses présentent un œdème considérable ; il tousse, et ses poumons sont remplis de râles sous-crépitaux, indices d'une congestion intense ; son visage et ses paupières surtout sont bouffies. Son cœur bat sourdement, son pouls est irrégulier, il urine très peu ; le 19 au matin il n'avait donné dans la journée précédente que 700 gr. d'urine, malgré le régime lacté et un peu de sparteine.

Le 20 juillet, l'œdème n'ayant pas diminué, malgré le repos au lit, tout en maintenant la sparteine, on lui donne 3 grammes d'agurine, soit 3 cuillerées à potage de la solution suivante :

Agurine.....	40 gr.
Eau de fleur d'oranger..	20 gr.
Sirup de menthe.....	20 gr.
Eau distillée.....	110 gr.

Le lendemain, 21 juillet, exactement vingt-quatre heures après, le malade a uriné 3 litres, l'œdème a cédé un peu, son pouls s'est régularisé et les battements cardiaques sont plus clairs ; on continue l'agurine à la même dose. Du reste, le malade n'a éprouvé aucune nausée, aucun trouble gastrique.

Le 22 juillet, l'urine émise est de 4 litres 500 ; l'œdème a presque totalement disparu au poumon ; encore quelques râles à la base. On maintient le régime lacté et 3 gr. d'agurine.

Le 23 juillet, l'urine émise se chiffre par 6 litres.

Mais, dans la soirée du 22, le malade se plaint de maux de tête, il est quelque peu obnubilé : il cherche à se lever malgré la défense qui lui en est faite, et une fois sur son séant il a du vertige.

Les urines ne contiennent pas, il est vrai, trace d'albumine, mais le pouls est inégal, une pulsation bien frappée est suivie d'une ou plusieurs autres très faibles. Il n'y a pas eu de vomissement.

Devant cet état syncopal, on suspend l'agurine.

Le 24 juillet, l'excitation a disparu, le malade a cependant encore uriné 4 litres. Le cœur bat assez régulièrement.

La lecture des sept observations que nous venons de rapporter est intéressante. Elle autorise d'une façon peu contestable une conclusion analogue à celle que nous avons reproduite d'après les auteurs, que l'agurine est un diurétique ; mais elle démontre de façon non moins incontestable que cette propriété n'est point tellement marquée qu'elle doive faire passer sous silence ses inconvénients.

L'agurine est en effet un diurétique, les observations I, IV, V, surtout l'observation VII le prouvent surabondamment : deux artério-scléreux, mi-partie rénaux, mi-partie cardiaques enflés des jambes, œdématisés des poumons, avec 2 et 3 grammes d'agurine, urinent graduellement davantage, mais sans exagération notable, ne dépassant pas 2 litres 500 ; un jeune cardiaque de même, en hyposystolie, voit bien ses urines monter de 1.200 centimètres cubes à 2.900 dans la journée, mais n'atteint que péniblement ce chiffre. Encore faut-il ajouter que cette diurèse avait été sérieusement amorcée et préparée chez deux d'entre ces trois malades par la digitaline (Obs. IV), par une ponction d'ascite (Obs. V). Celui de ces malades dont la diurèse n'avait point été préparée n'a atteint que 2 litres par jour. Et le régime lacté absolu était imposé à chacun. Les six litres d'urine au troisième jour, après 9 grammes d'agurine en tout, qu'a donnés le sujet de l'observation VII est encore plus remarquable.

L'agurine est donc bien un diurétique, mais il y a meilleur diurétique que l'agurine.

Et ce meilleur diurétique est la théobromine elle-même, qui entre dans la composition de cette agurine ; En prescrivant 2 et 3 grammes d'agurine, on ne donne que 1 gr. 20 et 1 gr. 80 de théobromine ; or, l'action diurétique obtenue correspondait à celle de ces doses de façon certaine ; nous n'en voulons pour preuve que l'amélioration de la diurèse lorsque (Obs. I et Obs. II) on remplace sans délai l'agurine par la théobromine. Si l'agurine est un diurétique, c'est donc à la théobromine qu'elle contient qu'elle le doit ; et pour obtenir les mêmes résultats qu'avec la théobromine, théoriquement il faudra presque doubler les doses.

Mais à part l'inconvénient d'employer des doses d'agurine doubles de celles de théobromine qui sont efficaces, y a-t-il des avantages notables à se servir de l'agurine ? Nous avouons n'en point voir : tout

mine, tout comme la diurétine, provoquer des nausées, des vomissements; nos Observations III et VI sont à cet égard; et nous ne comprenons guère, d'autre part, que nos malades l'aient éprouvé, les auteurs qui nous ont précédé n'ayant pas osé et n'ayant pas craint d'affirmer au contraire que l'on s'était plu à reconnaître que n'avoir point d'effet secondaire manque donc en réalité. Et ceci nous ne pouvons pas bien ce qui reste de partiquer la théobromine ou la diurétine à l'usage.

En résumé, au point de vue clinique, où l'agurine tire ses propriétés diurétiques, il est difficile de la comparer à d'autres diurétiques, il faut noter les points qui sont favorables à l'usage des premiers cliniciens avaient notés. Les cardiaques avec œdèmes périphériques sont justiciables de l'agurine (Obs. V); à notre sens, encore davantage les cardiaques et pulmonaires à la fois (Obs. I), les malades la diurèse commence et s'accroît avec 2 et 3 gr. d'agurine, mais elle est parfois excessive. Cette diurèse n'est pas persistante et tombe vite dans les deux jours après la cessation du médicament.

Il est pourvu que la quantité d'albumine dans le litre d'urine ne dépasse point et qu'elle ait aussi bénéficié de l'agurine. A l'observation II est instructive, et qu'elle avait de trop nettement prohibé de MICHAELIS. Nous pensons que, la théobromine n'est pas absolument indiquée quand il y a albuminurie faible, de telle sorte qu'elle puisse être employée sans crainte. Les urines que nous avons faite chez les sujets traités par l'agurine nous permettent de faire une assertion un peu hasardée de ce que nous ne pouvons pas être de l'avis de cette dernière de faire la phosphaturie.

Il a été noté, avec satisfaction pour nous, l'influence du médicament l'urée de notables proportions, passait de 100 pour 100 (Obs. I) de 8 à 33 (Obs. V) dans les urines; mais nous avons aussi vu que le phosphore variait peu, ainsi que le fait que l'exception est à noter, c'est celle de

l'observation V, dans laquelle l'acide phosphorique parti de 1 gr. 1 atteint 5 gr. 05 et les chlorures de 2 gr. 4 rebondissent à 9 gr. 05 dans les vingt-quatre heures. Comme il s'agit de ce jeune cardiaque avec ascite, qui a le plus rendu sous l'influence de l'agurine, il faut croire que l'augmentation parallèle des déchets et du volume d'urine constatée chez lui et non perçue chez les deux autres tient à une autre cause que l'agurine. Nous ne craignons donc point pour ces malades la déminéralisation, pas plus en chlorures qu'en phosphates.

S'il nous fallait résumer notre opinion sur l'agurine, nous dirions que c'est un médicament qui, aux doses de 2 et 3 grammes, lorsque les voies sont préparées par un tonique cardiaque, par le régime lacté, et lorsqu'il n'offense point le tube digestif, est susceptible de provoquer une diurèse moyenne, sans brusquerie, peu durable. Mais s'il nous fallait la comparer à la théobromine, dont elle tient toutes ses propriétés, nous lui préférons celle-ci à raison de la netteté plus accentuée de son action diurétique; et si nous devons nous prononcer sur sa valeur comparée avec la diurétine, nous mettrions celle-ci au troisième rang, parce que, tirant comme l'agurine ses propriétés diurétiques exclusivement de la théobromine, sa teneur en théobromine est moindre encore que la teneur de l'agurine.

#### Monoplégie brachiale au cours de la chorée de Sydenham

PAR LES DOCTEURS

G. Raviart  
Médecin-Adjoint

et

P. Caudron  
Interne

à l'Asile des aliénés d'Armentières

G. N. est une fillette âgée de 14 ans, qui présentait des mouvements choréiques depuis trois semaines, lorsque nous fûmes appelés à l'examiner.

Ses antécédents héréditaires sont les suivants : Le père, âgé de 53 ans, alcoolique, buvait déjà lorsqu'il eut sa fille; de caractère assez emporté, il est violent, rancunier et méchant quand il est pris de boisson.

La mère, âgée de 55 ans, est rhumatisante depuis quelques années.

Rien à signaler chez les grands-parents.

Un oncle du côté paternel est atteint d'aliénation mentale.

Notre malade a deux sœurs et deux frères. La sœur aînée, vive comme son père, a quatre enfants, dont l'un, une fillette, eut vers l'âge de trois ans des accidents choréiques qui ont duré trois à quatre semaines : elle avait eu peur d'un cheval qui s'était approché

d'elle, avait eu une crise de larmes d'une durée de trois heures environ, et les mouvements étaient survenus; ils existaient pendant le sommeil, la volonté n'avait sur eux aucune influence, et ils disparurent progressivement : elle n'a plus rien eu depuis.

**Antécédents personnels :** Notre malade est née et a habité dans un ancien bateau, jusque l'âge de 12 ans; ce fait a son importance si on songe que, matin et soir, elle se trouvait dans une atmosphère très humide qui n'a pas été sans influence sur elle. A un an, elle fit une rougeole assez maligne; il y a deux ans, elle tomba à l'eau et ne fut pas changée de suite, d'où refroidissement; puis plus rien jusqu'il y a deux mois, époque à laquelle elle fit du *rhumatisme polyarticulaire subaigu*, mobile, qui intéressa successivement les chevilles, les genoux et les épaules. Ce rhumatisme survint à un moment où les brouillards étaient particulièrement intenses, et, d'autre part, la malade, appelée à nettoyer fréquemment la maison, ne se souciait pas de se changer lorsqu'elle était mouillée. Comme on le voit, les causes de refroidissement étaient multiples.

Quatre semaines après l'apparition du rhumatisme, à la suite de quelques contrariétés (elle avait eu du petit doigt de la main droite une tourniole qui l'empêchait de travailler et, de plus, elle n'était pas heureuse chez elle), elle perdit l'appétit, devint constipée; en même temps, elle se mit « à sautiller et à rire ». Elle devint brusque dans ses mouvements et sa maladie lui attira les reproches de l'entourage. Insidieusement et progressivement, les mouvements choréiques apparurent, la malade s'en aperçut en se regardant dans une glace. Ils étaient alors localisés à droite; au bout de quelques jours, ils avaient atteint l'intensité qu'ils présentaient lors de notre examen.

En même temps que les mouvements choréiques, l'entourage observait quelques modifications dans la manière d'être de la malade : vive, alerte, travailleuse, enjouée, coquette auparavant, elle était devenue sans goût, prenait moins de soins à sa toilette, pleurait facilement, tantôt « du chagrin de ces mouvements », d'autres fois, sans aucun motif : « on dirait que c'est « obligé », nous disait-elle.

Lors de notre premier examen, l'état de la malade était le suivant :

**Motilité :** Les mouvements choréiques absolument caractéristiques de la chorée de Sydenham étaient surtout localisés à droite.

Du côté de la *face*, l'attention était attirée par de multiples contractions des différents muscles, à droite surtout; la *bouche* était grimaçante, les jeux de physionomie variés à l'extrême; la *langue*, sans cesse en mouvement, n'obéissait plus à la volonté de la malade qui ne pouvait la tenir immobilisée hors de la bouche et qui était souvent gênée pour parler ou lire à haute voix; la *lèvre* était le siège de contractions qui la projetaient en avant, en arrière ou latéralement; les piliers du voile du palais étaient également convulsés; ces troubles n'apportaient, malgré leur intensité, que peu d'entraves à la déglutition; les *sourcils* se contractaient fréquemment, donnant à la malade un air

irrité. La musculature externe des *yeux* paraissait indemne, il n'y avait pas de nystagmus, mais il y avait des troubles manifestes du côté de l'iris. Au cours d'une lecture, la malade soudain ne distinguait plus que « du blanc sur du noir » et ne pouvait continuer à lire.

La *tête entière* était le siège de mouvements brusques de négation, d'affirmation ou de projection latérale.

Du côté du *tronc*, on constatait de brusques et fréquents haussements d'épaules.

Les *muscles respiratoires* étaient aussi le siège de spasmes qui se caractérisaient par de fréquents soubresauts.

Le *cœur* ne présentait rien d'anormal.

Le *bras droit* était souvent projeté en extension, et la *main droite*, difficilement tenue immobile, était le siège de mouvements de flexion et d'extension des doigts; le petit doigt était le plus souvent en extension forcée.

Le *membre inférieur droit* présentait également des mouvements incessants, la malade semblait battre la mesure avec le pied.

Le *bras* et la *jambe gauches* étaient presque indemnes.

Ces mouvements involontaires, brusques, arythmiques, étaient accrus par les émotions : la malade craignait qu'on lui fasse des observations et qu'on se moque d'elle et ses mouvements s'en accroissaient d'autant. Les mouvements volontaires exerçaient la même action : quand on faisait saisir un objet à la malade, elle étendait le bras, la main en griffe planait en quelque sorte au-dessus de l'objet, et, tandis qu'elle le saisissait brusquement, le bras était plus convulsé, le corps tout entier s'agitait et le pied droit battait fortement le sol.

Les mouvements diminuaient beaucoup lorsqu'on attirait fortement l'attention de la malade sur quelque chose, pendant qu'on lui examinait les yeux. La volonté ne parvenait que difficilement à les modérer et cela pendant très peu de temps, encore les mouvements augmentaient-ils d'intensité dans les régions non soumises à l'effort. Ils existaient pendant le sommeil.

*Assise* et ne se sachant pas observée, la malade était relativement tranquille, mais les mouvements apparaissaient à la moindre émotion; aussi se mettait-elle en garde et tenait-elle la main droite dans la gauche, tandis que la jambe gauche, croisée sur l'autre, en modérait les mouvements.

La *station debout* était facile, mais la malade ne restait pas en place, se penchait soit en avant, soit en arrière et frappait le sol du pied droit.

La *marche* était difficile, claudicante et, lorsque la malade faisait demi-tour, elle tournait tout d'une pièce sur son talon gauche et posait lourdement le pied droit à terre.

La *force musculaire* était conservée, mais la malade se plaignait d'une certaine fatigue particulièrement dans les membres droits.

Les *réflexes tendineux* étaient normaux.

**Sensibilité :** Signalons comme troubles de la sensi-



« Pour se rendre compte de l'importance relative des sécrétions interne et externe, nous comparerons volontiers l'usine hépatique à une usine à gaz : en observant les abords de cette usine et les matériaux qu'on en voit sortir, on pourrait tout d'abord la croire destinée à fabriquer du coke, des huiles lourdes, des matières colorantes, etc. Pourtant ces produits ne sont que les résidus d'une autre fabrication plus importante, celle du gaz, mais ce corps impalpable est évacué avec une canalisation souterraine ; le coke, déchet utilisé, représente la sécrétion externe ; le gaz, produit principal, mais invisible, représente la sécrétion interne.

« La fonction uroporétique du foie est essentiellement une fonction antitoxique.

« Le rôle dépurateur du foie s'exerce aussi bien vis-à-vis des substances solubles étrangères à l'organisme, alimentaires ou toxiques, que vis-à-vis des corps étrangers solides.

« La sécrétion de la bile est continue ; son excrétion hors du réservoir vésiculaire est intermittente ; elle est provoquée par les substances à la digestion intestinale desquelles elle contribue, soit seule, soit associée à la sécrétion pancréatique qu'elle favorise

« Les pigments biliaires, produit de régression des globules rouges, sont un élément toxique dont le foie débarrasse l'économie. »

Les altérations des fonctions hépatiques ont fourni aux auteurs l'occasion d'exposer leurs idées ; à l'étude synthétique des troubles fonctionnels du foie en particulier, les deux syndromes de l'anhépathie et de l'hyperhépatie sont clairement mais succinctement signalés. Toutefois, leur ampleur trop grande pour une analyse bibliographique, nous empêche de les reproduire. Mais nous engageons les curieux des nouvelles théories de lire ces quelques pages très suggestives.

On peut dire de ce livre que sur la physiologie et la pathologie du foie il n'a encore été écrit rien de plus clair, de plus méthodique, de plus à la portée des jeunes étudiants et des vieux étudiants, — *etiam seni discendum est*, — que sont les praticiens et même les professeurs.

D<sup>r</sup> F. C.

**Manuel pratique de bactériologie, parasitologie, urologie, anatomie pathologique**, par les docteurs G. PETIT et G. BORNE. — Paris, Naud, 1902.

Les auteurs ont essayé de réunir dans ce Manuel, aussi brièvement que possible, toutes les matières qui sont actuellement inscrites au programme du 3<sup>e</sup> examen pratique (2<sup>e</sup> partie).

Dans le premier livre, ils ont rappelé à grands traits la *Technique générale microbiologique* qu'ils supposent connue ; ils ont insisté un peu sur chaque bacille en signalant ses caractères principaux.

Ils se sont efforcés, dans le second livre, de résumer le plus clairement possible toutes les données les plus récentes ayant trait aux *Parasites animaux et végétaux*.

Dans le troisième livre, ils ont résumé les *Principes d'analyse* les plus simples et les plus souvent employés pour l'examen des urines. Ils ont esquissé l'examen du sang, du pus, des crachats. Ils ont exposé rapidement les *Procédés de cyto-diagnostic* et le *Chimisme gastrique normal et pathologique*.

Dans le dernier livre, ils ont insisté à dessein sur la *Technique*

des autopsies. Ils ont résumé à très gros traits l'*Anatomie pathologique* et les grosses lésions des organes seuls qu'ils ont vu présenter le plus souvent à cet examen pratique.

Ils pensent ainsi être utiles aux candidats à cet examen nouveau, en leur donnant des idées sur toutes les questions qui pourront leur être posées ; en leur évitant surtout des travaux de bibliographie dans des traités complets et disséminés.

Peut-être seront-ils lus par les étudiants en général, qui trouveront ici, résumés bien succinctement, les divers éléments nécessaires à la pratique du laboratoire et de l'amphithéâtre.

**Intubation du larynx : instruments, technique, avantages**, par le D<sup>r</sup> PEREZ AVENDANO. — Paris, Naud, 1902.

Frappé de n'avoir point rencontré un travail réunissant tout ce qui concerne l'intubation du larynx, les données précises sur les instruments, la technique, les différentes indications, etc., l'auteur, un ancien interne des hôpitaux de Buenos-Ayres, venu à Paris pour étudier cette question, a tenté une étude d'ensemble sur ce point si intéressant de la médecine infantile.

Le monde médical s'accorde à reconnaître le tubage comme procédé de choix, non seulement dans le croup diphtérique, mais encore dans tous les cas d'asphyxie menaçante dont le siège est localisé au larynx. Ce qui a valu à l'intubation cette approbation générale, ce sont tous les perfectionnements apportés aux instruments dont on se sert pour ce cathétérisme temporaire du larynx. Aussi l'étude des instruments, particulièrement de celui dont l'auteur propose les modifications, occupe-t-elle une première et intéressante partie du volume ; viennent ensuite le manuel opératoire, les indications sur le moment de tubé et de detuber, les suites de l'intubation et les soins et précautions que demande un enfant tubé. L'intubation dans la clientèle privée, l'intubation en dehors du croup et l'intubation chez l'adulte ; un parallèle entre le tubage et la trachéotomie terminent le travail, fort clair et fort intéressant du docteur argentin.

D<sup>r</sup> F. C.

## VARIÉTÉS & ANECDOTES

### Une anecdote sur Virchow

Le célèbre VIRCHOW, qui vient de mourir, était la terreur des étudiants en médecine, qu'il rudoyait aux examens, avec la dernière brutalité. Et cependant, il suffisait d'une réponse hardie ou spirituelle pour le désarmer, pour trouver grâce. On raconte de lui, à ce sujet, de nombreuses anecdotes. En voici une, peu connue, et dont le héros est aujourd'hui professeur à l'Université de Berlin : « Quelle est, lui demanda VIRCHOW qui l'examinait, la couleur de cette préparation ? » En même temps, il fit remettre au candidat une préparation anatomique, vieille de dix ans, qui aurait dû être bleue, mais qui, à force d'avoir été manipulée et tripataillée, avait pris toutes les couleurs de l'arc-en-ciel. Le candidat hésita, répondit évasivement. VIRCHOW se mit dans une colère folle et, désignant la manche de sa jaquette : Pouvez-vous me dire, monsieur,



de ma jaquette ? » Le candidat regarda sur, qui était aussi vieille que la préparation VIRCHOW s'achetait un costume neuf sentant que tout était perdu, la mort eut, fit-il, monsieur le professeur, que bleu... jadis ». VIRCHOW se tordit et lat (*Cri de Paris*). — Tous les examens sont là d'ailleurs : l'esprit est une chose ; et tout le monde a de la mémoire. (*Gazette médicale de Paris*).

#### gagnent les Médecins.

ns une conférence, a donné les renseignements ce que gagnent les médecins : « Je te donne, a-t-il dit, M. le Dr BROUARD, le monde médical. A 28 ans, sa famille lances pour son éducation. La première francs. La 7<sup>e</sup> année 5.100 francs. Et je ne hors ligne. — A Paris, il y a actuellement y en a 40 qui gagnent de 2 à 300.000 fr.; 1, de 50 à 100.000 francs; 200, de 30 à 20 à 30.000 francs; et 1.700 gagnent francs. — En France, il y a 16.000 médecins 50 francs en moyenne ».

alheureusement trop près de la vérité ants. Le chiffre de 3.000 francs, donné tu gain net comme on pourrait le croire, beaucoup de confrères ne touchent pas clientèle purement médicale.

#### belle opération.

Yadira, journal tunisien, n° 699 (mardi) a détecté dans le récit d'une bien belle

que le Dr X..., médecin en chef de se de faire des opérations chirurgicales les de la mort, ce qui témoigne de sa qui indique son intérêt toujours croissant cette maison médicale dans la voie de manité. Ainsi, se présenta à ses mains s courant, un homme de la tribu des Ahmed ben Belkassam, la tête fracassée (haroua), prêt à mourir. Le médecin blessé en dehors de ses membranes et l'assembla les os de la tête fracassée, telle sorte, qu'elle devint comme elle l'acte de Dieu et l'habileté de ce médecin obtint les bienfaits de la guérison, et il dans son pays. Puisse Dieu multiplier l'acte, par sa main, le bien de tous ». pas par quoi on a bien pu remplacer elle, ce qui serait cependant intéressant (*Gazette médicale belge*).

#### La médecine et le commerce français

Le Dr P. DESFOSSES nous signale dans la *Presse médicale* du 2 août dernier l'importance de l'art médical au point de vue du commerce français. Sait-on que 1.500.000 francs d'instruments de chirurgie sont chaque année exportés à l'étranger, que sur 22 millions de francs qui constituent la production annuelle des fabricants de bandage, d'instruments en gomme, de chirurgie, etc., 3 millions s'en vont à l'étranger. Quant aux livres français, aux journaux de médecine et aux produits pharmaceutiques qu'on exporte, le chiffre en est bien plus considérable encore.

Le Dr DESFOSSES ajoute :

« La Faculté de médecine de Paris, dont l'enseignement dans le monde entier est si hautement apprécié, devrait contribuer à la prospérité nationale en attirant de plus en plus les étudiants étrangers à ses leçons. Tout étudiant qui a puisé aux Écoles françaises les enseignements de la science reste pour toujours le propagateur des idées, des méthodes, des produits français ».

## ALCOOLIA

#### Les Hirondelles

Un journal anti-alcoolique, paraissant en Belgique, signale l'existence, à Waremmé, d'une curieuse Société de jeunes filles qui se sont baptisées, non sans coquetterie, les *Hirondelles*. Toutes ces jeunes filles se sont engagées, par serment, à ne jamais épouser un homme porté sur la boisson, comme on dit vulgairement. Voilà qui est très beau, proclame le *Journal de Bruxelles*, et pour peu que cette Société prenne de l'extension, les buveurs seront bien attrapés. Ce sera, d'ailleurs, tout bénéfice ; plus, ou plus guère de femmes malheureuses en ménage, plus d'enfants voués aux pires aventures et de par la tare héréditaire. Le confrère a raison d'applaudir. Tout de même, nous l'engageons à se méfier.

En principe, toute jeune fille se jure bien à elle-même de ne jamais épouser un buveur. Elle ne doit pas être inscrite pour cela parmi les *Hirondelles* de Waremmé ou d'ailleurs. Seulement, dans la pratique, c'est un peu différent. L'amour fait oublier bien ces serments. Et puis, s'il en était autrement, dans certains pays, il y aurait trop de jeunes filles qui coifferaient sainte Catherine.

(*Le Journal*).

## MOTS DE LA FIN

Une malade s'est irritée la peau par une friction trop forte avec la pommade prescrite. A la première visite du médecin elle se plaint, et le médecin réplique. — Madame, l'onction est une chose qu'il ne faut pas pousser à l'extrême.

(*Lyon Médical*).

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Sous la signature du docteur BOURNEVILLE, le *Progrès Médical* publie le bulletin suivant, auquel nous ne pouvons que nous associer sans réserves :

**Suppression des autorisations d'écussons, enseignes, attributs, etc., en saillie placés sur la voie publique par les rhabilleurs, masseurs et autres.**

Le *Lyon médical* publie sous le titre qui précède la note suivante :

Notre confrère, le professeur AUGAGNEUR, maire de Lyon, a déjà débarrassé les urinoirs des affiches où s'étaient les promesses les plus belles et aussi les plus trompeuses sur la guérison des maladies vénériennes. Il continue cette œuvre d'assainissement dont nous devons le féliciter par la prise de l'arrêté suivant :

« Vu la loi du 15 avril 1884 ; considérant que certains écussons, enseignes, affiches, attributs, etc., en saillie sur le domaine public et par suite ne pouvant exister qu'avec l'autorisation de l'autorité municipale, servent à des industries s'exerçant en violation de la loi, ou constituant de véritables entreprises d'escroqueries ;

» Considérant que la commune ne peut, sans être taxée d'immoralité, tolérer ces installations et encore moins en tirer un revenu par la perception des droits de voirie ;

» Arrête. *Article unique.* — Sont retirées toutes autorisations déjà accordées ; seront refusées toutes autorisations pour l'avenir, d'établir, en saillie sur la voie publique, les écussons, enseignes, affiches, attributs etc., à l'usage des rhabilleurs, masseurs, magnétiseurs, somnambules, cartomancieunes, chiromancieunes, etc.) »

La mesure prise par M. AUGAGNEUR a reçu, en outre de celle du *Lyon Médical*, l'approbation très nette de la *Loire Médicale* qui s'exprime ainsi :

« Nous nous associons pleinement aux félicitations du *Lyon Médical*, en souhaitant que M. le maire de Saint-Etienne ait le même courage que son collègue lyonnais, pour cette œuvre de véritable salubrité publique et de protection sanitaire dans une ville comme la nôtre principalement, terrain on ne peut plus favorable aux exploiters de la crédulité populaire, qui y pullulent d'ailleurs et étalent au grand jour l'annonce de leurs pratiques empiriques.

Avec le *Lyon Médical* et la *Loire Médicale*, nous félicitons très vivement M. AUGAGNEUR des mesures de salubrité morale qu'il a prises. Il est vivement à souhaiter que la Préfecture de police et la Préfecture de la Seine suivent cet exemple. Il est honteux de voir s'étaler cyniquement dans les urinoirs publics des annonces mensongères qui trompent sans vergogne, un grand nombre de malades trop crédules. Que sont les médecins qui les exploitent ? La préfecture de police devrait le savoir. En attendant, qu'il nous soit permis d'insister auprès de M. LÉPINE pour qu'il prenne des mesures analogues à celles qui ont été prises par le maire de Lyon.

Relativement aux écussons, enseignes, etc., il convient également de les supprimer. La simple indication de leur maison

doit suffire aux sages-femmes. L'annonce de consultations gynécologiques ne doit pas être tolérée. L'Assistance publique pourrait commencer par les sages-femmes qui sont sous sa dépendance. Il appartient à toute la presse médicale d'intervenir énergiquement dans cette campagne.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

Le concours pour l'internat en pharmacie est fixé au 3 novembre.

### UNIVERSITÉS DE PROVINCE

*Limoges.* — M. le docteur DEVAUX, professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est chargé d'un cours d'histoire naturelle pendant l'année scolaire 1902-1903, en remplacement de M. le docteur BOUDET, professeur, en congé pour raisons de santé.

*Poitiers.* — M. le docteur BERLAND, chef des travaux d'anatomie et de physiologie est prorogé pour un an dans ses fonctions.

### Distinctions honorifiques

*Légion d'Honneur.* — A été nommé *Chevalier* : M. le docteur ESTOR, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe.

*Officiers d'Académie.* — Est nommé *Officier d'académie* : M. le docteur GUX, de Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne).

### Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs DAGONET, de Paris, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés de la Seine ; RIAUT, de Paris, secrétaire général honoraire de l'Association générale des médecins de France ; DESPAGNET, de Paris, secrétaire général de la Société d'ophtalmologie ; COQUET, de Saint-Nazaire (Loire-Inférieure) ; WALTHER, de Saint-Louans (Indre-et-Loire), médecin inspecteur de la marine en retraite ; LE PALENC, d'Ax-les-Thermes (Ariège) ; MILLIOT, d'Herbillon (Algérie) ; DELACOUR, de Rennes (Ille-et-Vilaine), ancien directeur de l'Ecole de médecine de Rennes ; TEINTURIER, de Paris ; MABROUX, de Contrexéville (Vosges) ; DELMONT, de Paris ; MEYER, de Paris ; ROBIN, de Loudéac (Côtes-du-Nord) ; EVRAIN, de Soudron (Marne).

## BIBLIOGRAPHIE

*Le Sang*, par le docteur Marcel LABBÉ, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris, 1 vol. in-18 de 96 pages, cart. (*Actualités médicales*). Librairie J. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Dans cette nouvelle *Actualité médicale*, M. LABBÉ expose avec précision et clarté l'orientation nouvelle donnée aux recherches et aux études qui ont été faites, avec tant de fruit, sur le sang, au cours de ces dernières années ; les

## Statistique de l'Office sanit

38<sup>e</sup> ET 39<sup>e</sup> SEMAINES, DU 14 AU 27 SEPTEMBRE 1904

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .	21	14
3 mois à un an . . . . .	17	15
1 an à 2 ans . . . . .	5	12
2 à 5 ans . . . . .	3	9
5 à 10 ans . . . . .	2	4
10 à 20 ans . . . . .	2	4
20 à 40 ans . . . . .	11	18
40 à 60 ans . . . . .	20	7
60 à 80 ans . . . . .	17	11
80 ans et au-dessus . . . . .	3	4
Total . . . . .	109	98

NAISSANCES par quartier	1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>	4 <sup>e</sup>	5 <sup>e</sup>	6 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>	8 <sup>e</sup>	9 <sup>e</sup>	10 <sup>e</sup>	11 <sup>e</sup>	12 <sup>e</sup>	13 <sup>e</sup>	14 <sup>e</sup>	15 <sup>e</sup>	16 <sup>e</sup>	17 <sup>e</sup>	18 <sup>e</sup>	19 <sup>e</sup>	20 <sup>e</sup>	21 <sup>e</sup>	22 <sup>e</sup>	23 <sup>e</sup>	24 <sup>e</sup>	25 <sup>e</sup>	26 <sup>e</sup>	27 <sup>e</sup>	28 <sup>e</sup>	29 <sup>e</sup>	30 <sup>e</sup>	Total
-------------------------	-----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-------

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS		1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>	4 <sup>e</sup>	5 <sup>e</sup>	6 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>	8 <sup>e</sup>	9 <sup>e</sup>	10 <sup>e</sup>	11 <sup>e</sup>	12 <sup>e</sup>	13 <sup>e</sup>	14 <sup>e</sup>	15 <sup>e</sup>	16 <sup>e</sup>	17 <sup>e</sup>	18 <sup>e</sup>	19 <sup>e</sup>	20 <sup>e</sup>	21 <sup>e</sup>	22 <sup>e</sup>	23 <sup>e</sup>	24 <sup>e</sup>	25 <sup>e</sup>	26 <sup>e</sup>	27 <sup>e</sup>	28 <sup>e</sup>	29 <sup>e</sup>	30 <sup>e</sup>	TOTAL des décès	
Diarrée et dysentrie	plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	de 3 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	moins de 3 ans	1	3	9	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	46	
	Maladies organiques du cœur	1	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	15	
Bronchite et pneumonie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fèvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Varicelle	»	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22

Répartition des décès par quartier

Hôtel-de-ville, 19,892 hab.  
 Gare et St-Sauveur, 27,670 h.  
 Moulins, 24,947 hab.  
 Wazemmes, 36,782 hab.  
 Vauban, 20,381 hab.

# L'ECHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION.

Rédacteur en Chef : F. CONBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

ABONNEMENT  
5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT  
pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; Barrois, professeur de parasitologie ; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; Carlier, professeur de pathologie externe ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé de laboratoire à l'Institut Pasteur ; l'Asile d'aliénés d'Armentières ; de clinique ophtalmologique à l'hôpital ; Manouvriez (de Val) pendant de l'Académie de médecine, agrégé du Val-de-Grâce chargé d'un cours d'accouchement de pathologie interne et expérimentale, chargé du cours de para-

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale ; POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard d'Alsace.  
Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Clinique des voies urinaires de l'hôpital Saint-Sauveur. — De la Cystostomie sus-pubienne dans les rétrécissements compliqués de l'urètre, par M. le professeur Carlier. — CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES : Phlegmatia alba dolens puerpérale, par M. le professeur M. Qui. — NOUVELLES ET INFORMATIONS.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES de l'Hôpital Saint-Sauveur

De la Cystostomie sus-pubienne  
dans les rétrécissements compliqués de l'urètre.  
par M. le professeur Carlier.

De toutes les interventions qui se pratiquent sur les organes urinaires, il n'en est pas qui exposent davantage aux phénomènes fébriles que celles qui ont lieu sur l'urètre. C'était vrai avant les travaux de PASTEUR et de LISTER, c'est encore vrai, quoique moins fréquent toutefois, depuis l'emploi des méthodes antiseptiques. Une simple manœuvre urétrale, telle que la dilatation chez un rétréci, provoque parfois un grave accès de fièvre urinaire. Une opération en apparence insignifiante, comme l'uréthrotomie interne, ne reste bénigne que grâce à l'emploi de la sonde à demeure qui met momentanément la plaie

urétrale à l'abri du contact de faits bien connus, même dans et c'est ce qui explique la terreur à l'égard du cathétérisme.

Les opérations pratiquées moins aux accidents infectieux consécutivement le libre écoulement un bon drainage sus-pubien.

Qui ne connaît la simplicité d'une lithotritie, même prolongée à la sonde à demeure pendant quarante-huit heures qui sur certains chirurgiens n'ont-ils malades infectés et rétrécis préalablement à l'uréthrotomie hypogastrique qui permet la désinfection de la vessie et d'urine infectée par le cancer stricture urétrale. C'est là une excessive en ce qui concerne certaines interventions sur la aux opérations qui s'adressent

Quoi qu'il en soit, la dérivation par un drainage sus-pubien à l'abri de complications ultérieures dont l'urètre doit subir une intervention.

Mais éviter les accidents graves

put à atteindre. Il faut débarrasser les reins dont les principales sont, dans le type, les fistules, les rétrécissements chroniques. Or, quelle que soit la lésion à laquelle on intervient, on doit avoir soin de rétablir à l'urètre son calibre normal et de le protéger à l'abri de tout contact avec la sonde. La sonde à demeure répond souvent à cet objectif, mais arrive par contre qu'elle est parfois éjectée du canal ou qu'elle fonctionne d'une manière vicieuse.

Il n'est pas davantage pour faire échouer l'opération de faire pour exposer le malade à des suites plus ou moins graves. Combien plus graves sont les suites opératoires si, avant de faire l'opération, on avait eu recours à la dérivation par drainage hypogastrique.

Cette pratique n'est d'ailleurs pas neuve. VIGUERIE (1836) a fait l'opération d'un malade dont le périnée était rétréci qu'il traitait depuis plusieurs mois sans succès. Un jour la sonde se brisa et resta dans la vessie. Forcé par les circonstances, VIGUERIE pratiqua la taille périnéale pour extraire la sonde, la nouvelle plaie mit à cicatriser : mais cela avait suffi pour la guérison des fistules périnéales.

Plus tard, par VIGUERIE inspira d'autres idées. Dans ces dix dernières années, bien des malades ont eu recours à la dérivation par cystostomie sus-pubienne, pour guérir les uréthrales rebelles à tout traitement. Cette opération n'est pas seulement en chirurgie urinaire, elle est applicable et a été appliquée en chirurgie du rectum. N'a-t-elle pas largement servi à la guérison d'un anus iliaque préalable à l'opération sur le rectum cancéreux ? En chirurgie du pylore, aujourd'hui si on a fait un tel essor sans la gastro-entérostomie, n'est-ce pas le premier temps opératoire ? Or, à exécuter, la création d'un anus est-elle plus de minutie opératoire qu'une dérivation ? Toutes les manœuvres sont extrêmes.

Il faut donc pour défendre la cystostomie que nous indiquons nettement les indications que nous avons recueillies dans nos observations qui suivent.

En effet, à la lecture des récents travaux de chirurgiens qui s'intéressent

particulièrement à la chirurgie urinaire, qu'il est plutôt nécessaire de modérer leur zèle que de l'encourager. Est-ce que M. JONNESCO n'a pas communiqué à l'Association française d'Urologie (session d'Octobre 1898) une série d'observations de rétrécissements infranchissables où il eut d'emblée recours à la cystostomie avant de s'attaquer à l'urètre. Notre distingué collègue et ami de Bucharest a même pris le soin de bien spécifier qu'il s'agissait de rétrécissements infranchissables ou de rupture de l'urètre et non pas de ces rétrécissements compliqués de fistules, de tumeur urinaire, d'infiltration d'urine, etc., où les indications de la cystostomie ne sont même plus, selon lui, à discuter.

Cette pratique de M. JONNESCO, ainsi formulée, nous semble tout au moins excessive. Sans nul doute la taille hypogastrique, en laissant l'urètre à sec, favorise la cicatrisation par première intention, sans suppuration ni fistule consécutive, de la plaie uréthro-périnéale ou pénienne. Elle aide en outre considérablement à la recherche du bout postérieur de l'urètre en permettant le cathétérisme rétrograde, mais il n'en reste pas moins que la cystostomie hypogastrique est alors une opération surajoutée et qu'elle ne s'impose pas, ainsi que le veut M. JONNESCO, dans tous les cas. Tout chirurgien a à son actif des urétrectomies suivies d'urétrorrhaphie pour rétrécissements infranchissables de l'urètre et dont la guérison s'est faite par première intention sans suppuration ni fistule, et sans qu'on ait eu, préalablement, recours à la cystostomie. Nous en pourrions citer plusieurs cas de notre pratique personnelle. Par contre, nous retrouverions facilement dans nos souvenirs ou dans la lecture des mémoires spéciaux nombre de cas d'insuccès d'urétrectomie suivie d'urétrorrhaphie, alors même que l'acte opératoire avait été habilement exécuté.

Ces différences dans les résultats tiennent à des causes multiples. La plus importante, celle qu'il faut mentionner en première ligne, c'est l'état d'asepsie relative ou d'infection des voies urinaires.

On peut s'attaquer d'emblée à l'urètre sans cystostomie préalable, chez les sujets non infectés, qu'il s'agisse d'une rupture toute récente de l'urètre, ou d'un rétrécissement d'origine traumatique, ou encore d'un calcul engagé dans le canal et dont le volume ne permet pas une extraction par les voies naturelles. Dans ces différents cas le succès est à peu près certain. La recherche de l'urètre scrotal ou périnéal, la résec-

tion des tissus cicatriciels, l'urétrorrhaphie consécutive, tous ces différents actes opératoires s'accomplissent dans un milieu aseptique et sont presque constamment suivis d'un plein succès. Je ne compte plus les cas où je suis intervenu dans de telles conditions et avec un résultat parfait. Je n'avais cependant pas eu recours à une cystostomie préalable, je m'étais borné à drainer la vessie par l'urètre au moyen d'une sonde à demeure bien mise au point et que j'ai pris le soin de laisser le moins longtemps possible dans le canal. Et cependant M. JONNESCO n'eût pas opéré de tels malades sans avoir créé préalablement chez eux un cysto-drainage. Je ne puis croire que ses résultats eussent été meilleurs que les miens ni la guérison plus rapide.

J'arrive aux malades dont les voies urinaires sont infectées. Chez eux les résultats sont plus incertains. Lorsque l'infection est légère et qu'elle a cependant résisté à un traitement médical, on peut bien encore espérer une réunion par première intention, mais le périnée exige alors une surveillance minutieuse qui n'est pas toujours récompensée. Que si la suture vient à manquer, on peut cependant compter sur une bonne réparation par bourgeonnement. Ouvrir la vessie dans ces cas d'infection légère me semble encore une opération inutile, car le risque que l'on a couru a été minime : on espérait une cicatrisation par première intention, on n'a qu'une réunion secondaire.

Toute autre est la situation de ces vieux urinaires, vieux non par l'âge mais de par l'ancienneté de leurs lésions et surtout de leur infection, et dont le périnée, criblé de fistules, véritable écumoire, laisse un plus ou moins libre passage à une urine purulente et dans laquelle abondent le coli-bacille, le staphylocoque, le streptocoque, etc., Chez eux, un ou plusieurs rétrécissements, inflammatoires ou traumatiques, endiguent plus ou moins le cours de l'urine lors des mictions, et une partie des urines, parfois la totalité, s'échappe par les fistules. La plupart du temps l'arbre urinaire est tout entier infecté chez ces malades. Urètre, vessie, urètre et reins, rien n'a résisté à l'invasion microbienne, aussi le moindre traumatisme, même sous forme d'un coup de froid, et à plus forte raison une intervention sanglante, provoque chez eux une réaction violente, un accès plus ou moins franc de fièvre urinaire.

C'est à cette catégorie de malades que convient la

cystostomie d'emblée. Chez eux l'hésitation n'est pas permise. On va au-devant d'un insuccès en ne songeant qu'au périnée, et l'on expose en outre l'opéré à des accidents fébriles consécutifs toujours sérieux et parfois mortels.

Combien le tableau change en recourant ici tout d'abord à une cystostomie, qu'il est souvent possible de pratiquer sans chloroforme, avec une simple anesthésie locale à la cocaïne. L'opération est rendue singulièrement facile en mettant le malade dans la position renversée. Sectionner la peau, la ligne blanche, relever le cul-de-sac péritonéal, ponctionner la vessie au bistouri et y introduire vivement une grosse sonde de Pezzer, tout cela ne demande que quelques minutes à peine, et on a évité au malade à la fois infecté et intoxiqué de par de sérieuses lésions rénales, l'élimination du chloroforme qui est un poison pour ses reins.

Grâce à ce cysto-drainage préalable, la fonction urébrale est supprimée. L'urine, qui est éliminée au dehors par la sonde sus-pubienne au fur et à mesure de son arrivée dans la vessie, ne souille plus les clapiers fistuleux ; ceux-ci s'affaissent, leur suppuration diminue, se tarit même parfois et l'on est tout surpris, l'opération une fois décidée, des heureuses transformations survenues du côté du périnée depuis la création de la fistule sus-pubienne.

Mais cette modification locale n'a qu'un intérêt relatif. Ce qui est surtout transformé, c'est l'état général du malade. Le drainage vésical, s'il a supprimé la fonction de l'urètre, a aussi provoqué le repos de la vessie et permis aux reins de se décongestionner et de se vider plus facilement. La vessie n'est plus un ballon constamment ensemencé par le coli-bacille et ses acolytes microbiens, facteurs de toxines qui empoisonnaient les malades. Les uretères, n'ayant plus à compter avec les incessantes contractions de la paroi musculaire vésicale, éjaculent aisément leur contenu, de sorte que le malade élimine facilement une partie de ses toxines, surtout si on lui prescrit des boissons abondantes et délayantes, telles que l'eau d'Evian, Vittel, tisanes d'uva-ursi, etc. En un espace de temps, très variable suivant chaque sujet, on a amené une baisse plus ou moins importante dans le taux d'infection et d'intoxication du malade. C'est, dès lors, au chirurgien de choisir le moment opportun pour la résection des fistules périnéales, la libération de l'urètre, et la restauration ou une

u périnée. Il est isécutivement à devra garder le érinée, cicatrisa- préférable, chez par la maladie. malade cystos- n urinal spécial, is des bénéfices

tion du périnée lors seulement s-pubien de la re surpris de la fice fistuleux si er une sonde à ni une sonde de ont la mise en e retrait est une i renoncé chez rien avant que nients sinon les ue et excellent rgien en garde bez les malades on du côté de

cystostomie est ent des fistules en ai constaté, s effets bienfai- toujours d'ac-

*ples. — Calculs stules périnéales ie préliminaire. des trajets fistu-*

17, à la clinique l'hôpital Saint-

ressenti aucun urinaires. A ce était gênée et la progressant, haque miction. bourses qui se du côté droit nts à droite, en ncision donna la suite il per-

sista plusieurs fistules scrotales par où s'échappait une certaine quantité d'urine lors de la miction.

Depuis plusieurs mois le canal lui-même suppure parfois abondamment. Jamais il n'y eut de douleurs lombaires ni d'hématurie.

*État à l'entrée.* — Le scrotum présente le volume des deux poings, la peau est épaissie, infiltrée, œdématisée. On constate à droite du raphé, les orifices de trois fistules, dont deux siègent en plein scrotum, l'autre au périnée. Une quatrième fistule siège sur le raphé, à la partie postérieure des bourses. Les trois premières fistules sont uniquement purulentes, la dernière est à la fois purulente et urinaire et laisse passer une certaine quantité d'urine à chaque miction.

En palpant les bourses, on sent une induration, véritable tumeur urinaire considérable, occupant tout le scrotum et le périnée. Cette tumeur paraît faire corps avec l'urètre périnéal et scrotal, ne laissant libre que la seule portion pénienne du canal.

*L'examen de l'urètre* donne les renseignements suivants : à cinq centimètres du méat on rencontre un obstacle qui n'admet qu'une bougie à boule N° 12. Celle-ci est nettement arrêtée dans la portion scrotale de l'urètre qui reste infranchissable même avec une fine bougie.

La miction, sans être douloureuse, exige de grands efforts de la part du malade et le jet est filiforme et sans portée.

Les urines déposent assez bien après repos ; le dépôt est composé d'un mélange de pus non visqueux et de nombreuses cellules épithéliales.

Devant l'intensité de ces lésions, je crois prudent de n'aborder le traitement des lésions de l'urètre et la resection de la tumeur urinaire qu'après avoir préalablement dérivé le cours des urines par une *cystotomie*.

Je pratique cette cystotomie le 22 mai. Elle fut assez difficile, car la vessie ne contenait guère d'urine, et l'état de l'urètre ne me permettait pas d'y injecter du liquide. Je fis une taille médiane longitudinale, et cas curieux, je tombai sur un cul-de-sac péritonéal qui adhérerait à la symphyse pubienne. Ce cul-de-sac, désinséré puis relevé avec le doigt, me permit d'aborder la vessie. Celle-ci, saisie avec deux pinces de KOCHER, fut incisée dans une étendue suffisante pour l'introduction des tubes de PÉRIER-GUYON.

Suites opératoires simples, en dehors d'un accès franc de fièvre urinaire survenue dans la soirée du 23 mai.

27 Mai. — Je remplace les tubes par une grosse sonde de PEZZER, et le 3 juin, c'est-à-dire douze jours après cette première opération, la plaie compl cicatrisée se résumait en un simple orifice sus destiné au passage de la sonde.

Je me proposai alors d'intervenir du côté de

L'état des bourses s'était d'ailleurs déjà amélioré, elles étaient moins œdématisées, et on délimitait les contours de la tumeur urinaire. L'urètre lui-même était dans des conditions meilleures, puisque j'y introduire une bougie n° 8 qui passa facilement mais en laissant percevoir un frottement qui m'avertit de la présence d'un calcul dans le canal. Le calcul arrêté derrière le rétrécissement scrotal



Il n'est pas douteux que ce calcul de l'urètre a été la cause de tous les accidents présentés par ce malade. Mon intervention aura un triple but : résection de toute la tumeur urinaire et des trajets fistuleux, extraction du ou des calculs urétraux par une urétrotomie externe, puis urétrotomie interne pour sectionner les deux rétrécissements constatés dans l'urètre pénien et scrotal et pour la fixation d'une sonde à demeure.

23 Juin. — Je réalise ce plan opératoire avec l'aide de M. CAUMARTIN, mon interne. Chloroforme par M. DORION, externe du service.

Le malade est mis et maintenu dans la position de la taille au moyen des porte-jambes d'AUBRY. Je fais, en suivant le raphé des bourses, une longue incision qui s'étend de l'angle péno-scrotal de la verge jusqu'à trois centimètres de l'anus.

Cette incision dépasse en avant et en arrière les limites de la tumeur urinaire. Me conformant aux sages conseils de mon maître GUYON, qui recommande de ne procéder à l'ablation des tumeurs urinaires qu'après les avoir incisées sur la ligne médiane jusqu'à l'urètre, pour se rendre un compte exact des connexions de cet organe avec la tumeur, je vais droit à l'urètre que je n'aborde qu'après avoir traversé une épaisseur considérable de tissu dur, criant sous le bistouri, mais donnant relativement peu de sang. Grâce à l'introduction préalable dans l'urètre d'un petit Béniqué droit n° 20 qui prend contact avec le calcul, je reconnais l'urètre, je l'incise et j'extrais avec une pince le corps étranger. Ce calcul mesure le volume d'un pois moyen, il est très dur, assez régulier et a l'aspect d'un calcul urique.

J'explore alors par l'incision urétrale le reste du canal, je n'y constate plus de calcul. Je passe d'ailleurs très aisément dans tout l'urètre une bougie armée sur laquelle je visse le conducteur de MAISONNEUVE cannelé sur la concavité et je pratique une urétrotomie interne avec la lame n° 21. J'introduis ensuite très aisément une sonde à bout coupé n° 16 qui doit beaucoup m'aider par la suite pour isoler l'urètre de la tumeur à l'ablation de laquelle je vais maintenant procéder.

J'enlève la tumeur par grosses tranches, assez analogues à des quartiers d'orange, en redoublant de précautions lorsque le bistouri manœuvre au voisinage de l'urètre. Enfin l'ablation me paraît complète. Je curette avec soin les petits foyers périurétraux où aboutissaient les fistules, et je résèque une bonne portion de la peau des bourses, là où sont les orifices cutanés des fistules; dans toutes ces manœuvres je laisse intactes les vaginales.

Je restaure alors le canal en suturant les lèvres de mon incision, et grâce à la laxité de ce qui reste de la peau des bourses, je puis suturer au crin de Florence les deux tiers supérieurs de la plaie; mais je ne fais de sutures ni au périnée ni dans la portion voisine du scrotum qui sont pansés à plat avec des gazes iodoformées.

7 Août. — Après cinq semaines d'absence, je revois l'opéré qui avait reçu les soins de mon interne, M. CAUMARTIN. Celui-ci avait enlevé la sonde hypogastrique vers la mi-juillet et tout récemment la sonde urétrale.

Je constate que la réfection du scrotum est parfaite, le malade urine assez bien, mais la plaie périnéale n'est pas refermée, et il s'en échappe un peu d'urine pendant la miction.

Je fais une nouvelle exploration du canal et, bien que le malade n'ait pas eu de colique néphrétique pendant mon absence, je constate l'existence d'un nouveau calcul urétral arrêté à l'union des portions scrotale et périnéale de l'urètre. Ce calcul me paraît trop gros pour songer à l'extraire par les voies naturelles. Je décide de l'enlever par urétrotomie externe, résolu à ne pas faire une nouvelle section de l'urètre, mais à aller rechercher l'incision faite six semaines auparavant et qui ne s'était pas totalement oblitérée, et d'extraire par là ce nouveau calcul du canal.

12 Août. — Seconde chloroformisation avec les mêmes aides. Je fais la même incision médiane et aussi longue que le 23 juin, je passe sans difficulté entre les deux vaginales et j'aborde l'urètre. Je retrouve ma première section, incomplètement cicatrisée, je l'agrandis et j'y introduis une pince de courbure appropriée avec laquelle je vais saisir le calcul situé à l'entrée du périnée. Ce calcul a la forme et les dimensions d'un gros haricot, sa partie centrale est dure, mais le pourtour est moins résistant et se fractionne plus facilement.

Je restaure alors l'urètre au niveau de la plaie urétrale dont j'avive les bords et que je suture avec soin, puis j'excise au périnée tout ce qui n'est pas d'une souplesse parfaite. Je termine par la suture du scrotum. Quant au périnée proprement dit, comme j'avais excisé de la peau et qu'il en manquait, je le recouvre en partie au moyen d'un lambeau pris à son voisinage; le reste de la plaie est pansé à plat.

Sonde à demeure dans l'urètre.

Cette fois encore les suites opératoires furent normales. Mais la plaie périnéale se cicatrisa lentement, il fallut deux mois pour que la guérison fût complète. Le malade sort alors de l'hôpital en excellent état et est présenté à la Société centrale de médecine du Nord.

J'ai revu, par la suite, ce malade auquel j'avais recommandé de revenir à la clinique pour entretenir le calibre de son urètre.

OBSERVATION II. — *Fistules scrotales, périnéales et fessières de l'urètre. — Cystostomie préliminaire. — Résection des trajets fistuleux. — Guérison.*

C... Jean-Baptiste, âgé de 44 ans, demeurant à Lille, entre le 8 septembre 1896, à l'hôpital Saint-Sauveur, à la clinique des maladies des voies urinaires.

Ses antécédents héréditaires sont les suivants : sa mère est morte d'une fluxion de poitrine (?), son père vit encore et a 78 ans.

Quatre frères et une sœur bien portants.

Le malade accuse plusieurs blennorrhagies dans son passé.

Il y a quatre ans environ, en 1892, C... fait une chute d'une hauteur de trois mètres, pendant laquelle il se contusionne un peu les bourses et le périnée.

Trois mois après cet accident, le malade est pris de



un médecin appelé alors, se un abcès du périnée eue dans l'urètre. C'est a fistule périnéale que ule qui laissait passer

upputation du testicule probablement tubercu- a castration du testicule

pas la situation urinaire athétérismes fréquents, scrotale par où passait luisit même une fistule

le 1896 il survenait un s centimètres de l'anus. a fistuleux, c'était une ait également passage à

fut soigné par quelques- raitèrent par la dilata-

ois le 9 septembre 1896. de est porteur de trois érinéale et fessière. La du raphé des bourses, oite de la ligne médiane, de la fesse gauche, au- ns travers de doigts de

des trois fistules, mais le est la fistule ischia- suppure abondamment, e tuméfaction et d'une une vive inflammation

de constater la fistule re du malade, les urines tum depuis quelques

ec une bougie à bouts un obstacle en pleine 12 pénètre un peu plus 40 est arrêtée près du alade est donc rétréci. ur explorer les fistules e par la fistule périnéale es. ticule et de l'épididyme

de sentir les vésicules t bosselées. La prostate on lobe gauche est dur, e pas de bosselure bien culose. Je fais remar- hie du lobe prostatique rovoquée par l'ablation is auparavant. alines, et laissent dans visqueux.

Les mictions sont assez douloureuses et fréquentes. — La vessie paraît se vider complètement.

Etat général satisfaisant, mais à l'auscultation, on perçoit une respiration sourde au sommet gauche.

Il me paraît absolument indiqué d'ouvrir et de rése- quer les fistules et d'abord l'urètre et surtout le péri- urètre pour curetter le point d'origine des fistules, mais eu égard à l'ancienneté des lésions et prévoyant une cicatrisation lente sur un tel terrain, je tiens à faire préalablement une cystotomie pour dériver le cours des urines et supprimer momentanément la fonction urétraie. J'interviendrai ensuite sur les trajets fistu- leux et sur l'urètre.

La *taille hypogastrique* est pratiquée le 5 octobre. Comme je n'ai pu injecter du liquide dans la vessie et que celle-ci ne contient que très peu d'urine, la recherche et la ponction de la vessie en sont rendues plus difficiles. La vessie ouverte, j'y fixe les tubes de PÉRIER-GUYON que je remplace, six jours après, par une grosse sonde de PEZZER.

Du 12 au 17 octobre, C... présente un peu de congestion du poumon gauche et le thermomètre oscille entre 37°5 et 38°8.

Un mois après cette cystotomie, je constate que les trajets fistuleux ne sont guère améliorés, j'interviens de ce côté le 16 novembre 1896.

Je commence par une *urétrotomie interne* et je fixe une sonde à bout coupé n° 16. J'ai dès lors un excel- lent point de repère.

La fistule scrotale, embrochée par une fine sonde cannelée, est fendue sur toute sa longueur jusqu'à l'urètre, je dirige l'incision en bas et en dedans vers le périnée où me paraît devoir se trouver la fistule urétraie et j'excise tout le trajet fistuleux.

Je fais de même pour la fistule fessière en m'aidant toujours d'une sonde cannelée. Il en résulte une sérieuse plaie étendue de la peau au périnée. J'excise également tout le trajet fistuleux recouvert de fongosités.

Enfin je m'occupe de la fistule périnéale en l'agran- dissant longitudinalement de manière à aborder maintenant l'urètre. J'arrive bientôt sur la fistule qui siège à la partie latérale gauche du canal où je trouve un carrefour longueux que je curette avec soin. J'excise également les bords de la fistule urétraie, et je m'occupe alors des trois plaies. Suture totale de la plaie scrotale jusqu'au périnée, suture partielle de la plaie fessière dans sa portion externe, je ne fais aucune suture de la plaie périnéale.

Suites opératoires apyrétiques, mais la cicatrisation s'effectua lentement. Le périnée resta encore pendant deux mois, mais grâce à quelques causties, la cicatrisation de l'urètre fut enfin au bout de trois mois. Le drainage hypo avait été supprimé à la fin de décembre 189

J'ai revu ce malade un an après sa sortie de la guérison s'était maintenue.

Obs. III. — *Rétrécissement traumatique de la membraneuse de l'urètre. — Urétréctomie. tomie et cathétérisme rétrograde. — Guérison.*

L..., Gustave, âgé de 17 ans, entre le 10 s

1895 à l'hôpital Saint-Sauveur, à la clinique des maladies des voies urinaires.

En travaillant au fond de la mine, en août 1894, ce malade eut le bassin tamponné entre une berline chargée et la paroi de la mine. Il en résulta une fracture du bassin et une impossibilité absolue d'uriner. Le cathétérisme, pratiqué quelques heures après l'accident, fût cependant possible, mais, la sonde ramena des urines sanglantes. Le malade fut soumis au cathétérisme pendant cinq mois, le sang avait disparu des urines au bout de quarante-huit heures, mais, sauf dans la position couchée, L... n'arrivait pas à émettre une seule goutte d'urine spontanément.

Après ces cinq mois de cathétérisme, le blessé essaie de se passer de la sonde et parvient à uriner, mais la miction était très pénible, et bientôt se fit goutte à goutte.

En juillet 1897, les mictions deviennent très fréquentes mais non douloureuses, et il survient de l'incontinence diurne et nocturne. C'est dans ces conditions que L... entre dans mon service.

*Etat à l'entrée.* — En possession des renseignements précédents, il n'est pas douteux qu'il s'agit d'un rétrécissement traumatique de l'urètre. Il a dû se produire, au moment où le malade fut tamponné, une fracture du bassin qui intéressa l'urètre, soit par dislocation du ligament de CARCASSONNE et déchirure consécutive de l'urètre, soit par embrochement du canal par une esquille. Et, de fait, la palpation de la branche ischio-pubienne droite permet de constater, dans un tiers supérieur, une saillie manifeste qui doit être le cal de la fracture.

*Exploration de l'urètre.* — Une bougie à boule N° 18 est arrêtée à la région périnéale, mais il est possible d'introduire une bougie filiforme que je ne laisse que pendant vingt-quatre heures à demeure, étant mal supportée.

La vessie ne se vide pas et remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Le malade urine péniblement, goutte à goutte, au prix de violents efforts. Entre ces pseudo-mictions, il y a une incontinence diurne et nocturne.

Les urines sont légèrement troubles. La quantité d'urine émise en vingt-quatre heures ne peut être évaluée, en raison de l'incontinence du malade. Elles ne renferment pas d'albumine.

Les reins ne sont ni douloureux ni augmentés de volume. L'état général est satisfaisant. La température est normale.

Le toucher rectal me fait renseigner sur le petit volume de la prostate et me permet de constater à nouveau la saillie du cal sur la branche ischio-pubienne droite.

La seule opération qui me paraît s'imposer est la stricturotomie avec urétroplastie consécutive.

*Opération.* — J'interviens le 3 octobre. Après une tentative infructueuse d'introduction d'une bougie filiforme dans le rétrécissement, le malade étant mis dans la position de la taille, je fais une urétrotomie externe sans conducteur. J'arrive aisément à l'urètre bulbaire et je me guide sur la symphyse pubienne pour repérer l'urètre membraneux. Mais cette portion

de l'urètre est remplacée par un cordon dur, entouré à droite d'une gangue de tissu induré qui déforme la région et qui me paraît résulter de la cicatrisation consécutive à la déchirure du ligament de CARCASSONNE.

J'incise en suivant exactement la ligne médiane sur une longueur de deux centimètres environ et je tombe sur du tissu induré qui me paraît sain. Mais je cherche en vain le bout postérieur de l'urètre. Après dix à quinze minutes de recherche vaine, je me décide à recourir au cathétérisme rétrograde.

La découverte et l'incision de la vessie par l'hypogastre furent très faciles, grâce à la réplétion de la vessie et n'exigèrent que quelques minutes. Par la petite incision vésicale, j'introduisis le cathéter rétrograde de GUYON que j'avais heureusement sous la main ; ce cathéter traversa facilement le col vésical, s'engagea dans l'urètre prostatique où il fut bientôt arrêté par l'extrémité postérieure du rétrécissement que je n'avais pas incisée. Après la section de l'urètre sur le bec de l'instrument, j'introduisis très facilement une sonde en gomme dans la vessie par le bout postérieur de l'urètre.

Je m'attachai alors à réséquer avec soin tout le tissu cicatriciel de la région membraneuse, ne laissant rien de l'urètre à ce niveau et je me rendis compte que l'urètre avait été dévié à droite, attiré de ce côté par la cicatrice du ligament de CARCASSONNE. C'est à cette circonstance que j'attribuai de n'avoir pas trouvé le bout postérieur en suivant exactement la ligne médiane.

La sonde une fois ramenée par le bout antérieur de l'urètre, je fis une urétroplastie, volontairement un peu incomplète et je laissai un drain périnéal. Je ne refermai pas la vessie, préférant y laisser une sonde de PEZZER pour dériver complètement le cours des urines pendant que l'urètre achèverait sa cicatrisation. Suture de la plaie hypogastrique au crin de Florence, sauf au point de sortie de la sonde.

Les 18 et 23 octobre je change la sonde urétrale, la plaie du périnée est en bonne voie de réparation et le 31 octobre je laisse l'urètre sans sonde. A partir de ce moment, je fis passer tous les deux jours, par mon interne, des Béniqués pour calibrer l'urètre ; le 18 novembre on introduisait un Béniqué 48. La sonde hypogastrique avait été enlevée le 25 octobre ; trois jours après la plaie vésicale était cicatrisée.

Le malade quitta l'hôpital en décembre, les mictions étaient faciles, les urines limpides et L... s'introduisait lui-même aisément dans l'urètre une sonde de NÉLATON n° 18. Il fut recommandé au malade de se sonder tous les huit jours avec une bougie en gomme n° 20.

## Consultations Médico-Chirurgicales

### Phlegmatia alba dolens puerpérale

Professeur-agrégé M. OUI.

*INFORMATIONS CLINIQUES.* — Une accouchée a présenté, dans les premiers jours qui ont suivi l'accou-



gouttière d'un linge sec et fin et y replacer le membre après l'avoir abondamment poudré avec de l'amidon ou, de préférence, avec du talc.

β) *Vous n'avez pas à votre disposition de gouttière métallique.* — Si, chose fréquente dans les milieux pauvres vous manquez d'une gouttière, vous pouvez la **remplacer par un sac de balle d'avoine** ayant la longueur du membre. Ce sac ne doit pas être trop rempli, de façon à avoir une certaine souplesse et à se mouler sur le membre. On peut disposer sur lui un imperméable et des compresses longuettes comme on le fait avec une gouttière et y fixer le membre avec quelques bouts de bande passés au-dessous du sac et dont les chefs sont fixés en avant du membre, au niveau du cou-de-pied, de la jambe et de la cuisse.

γ). Que vous ayez employé la gouttière ou que vous ayez eu recours au sac de balle d'avoine, mettez, **sous le pied, un fort coussin**, de façon à mettre le membre en position inclinée, le pied haut.

*Sommeil.* — Si les douleurs sont trop vives, usez, pendant les premiers jours, du **chloral** ou des préparations opiacées pour procurer du sommeil à la malade.

**TRAITEMENT ÉLOIGNÉ.** — Un mois après la dernière élévation de température, jamais plus tôt, la malade sera autorisée à s'asseoir dans son lit et à faire quelques mouvements. Puis, au bout d'une semaine, elle pourra se lever et faire quelques pas. Et, graduellement, dans les jours qui suivront, tous les actes habituels de la vie seront autorisés.

*Raideurs articulaires.* — Alors, contre les raideurs articulaires, vous emploierez la **mobilité** en augmentant petit à petit l'amplitude des mouvements provoqués, puis, le **massagé**, en évitant les pressions sur le trajet des veines importantes : face interne de la jambe et de la cuisse, creux poplité.

*Œdèmes.* — Contre l'œdème persistant et qui augmente sous l'influence de la marche et de la station debout, vous conseillerez le port d'un **bas en tissu élastique** remontant jusqu'à la racine du membre.

Une saison thermale, particulièrement à **Bagnoles** (de l'Orne), a souvent une très heureuse influence sur les troubles moteurs et circulatoires consécutifs à la phlegmatia.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

— L'ouverture du **Concours pour l'obtention des bourses de doctorat** aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le **mardi 28 octobre 1902**.

Les candidats s'inscrivent au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le **samedi 18 octobre**, à 4 heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1901, les épreuves du concours consisteront en compositions écrites.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie);

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

Les épreuves sont : a) une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie; b) une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont : a) une composition de médecine; b) une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont : a) une composition de médecine; b) une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

### Concours pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés

Un concours pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris le **lundi 10 novembre 1902**.

Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas être âgé de plus de trente-deux ans au jour de l'ouverture du concours; ils devront justifier d'un stage d'une année, au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chef de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Elle devra parvenir le **jeudi 9 octobre 1902**, au plus tard, au ministère de l'intérieur (1<sup>er</sup> bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue

de l'organisation du  
 de naissance du  
 note résumant ses  
 les pièces faisant la  
 et de ses obligations  
 concours sera com-  
 ministratifs du minis-  
 président ;  
 de cours des mala-  
 u écoles de médecine  
 ns en chef d'asiles  
 de Charenton ;  
 directeurs médecins  
 nts.  
 nistre de l'intérieur,  
 s généraux.  
 gés de cours ser-nt  
 ites Les directeurs  
 ux-mêmes être pris  
 tre, appartenir à des  
 ni auront fourni les  
 ours.  
 placé par un autre  
 atifs désigné par le  
 i les autres membres  
 et pour remplacer le  
 raient, de plein droit,  
 s, sous le contrôle  
 voir :  
 mie et la physiologie  
 ordé trois heures aux  
 30.  
 ganisation des asiles  
 liés, pour laquelle  
 es points sera de 10.  
 lecine et la chirurgie  
 à vingt minutes de  
 maximum des points  
 .des aliénés. Il sera  
 eux malades, quinze  
 exposition. L'un des  
 iné au point de vue  
 de 30.

Aucun des candidats ne pourra subir cette épreuve dans l'asile auquel il appartient ou aura appartenu depuis moins de trois ans.

5<sup>e</sup> Une épreuve sur titres. Le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés au début de la séance de correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques.

Art. 5. — Le nombre des places mises au concours est fixé à dix : il ne pourra, dans aucun cas, être dépassé.

Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus au concours. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles d'aliénés, les candidats déclarés admis seront nommés suivant l'ordre de classement par mérite établi par le jury.

C'est à partir du jour de l'installation effective du médecin-adjoint que commenceront à courir ses services. Les avancements de classe pourront être accordés par le ministre, savoir :

Aux directeurs médecins et médecins en chef, après trois ans de stage, au minimum, dans la classe inférieure ;

Aux médecins adjoints, après deux ans, au minimum, dans la classe précédente.

Sont et demeurent abrogées les dispositions antérieures au présent arrêté, notamment celles de l'article 8 du 7 mars 1900, qui dispensait du concours le chef de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris. Ce dernier se trouvera, désormais, soumis aux mêmes conditions que les autres candidats.

#### Annexe de l'arrêté du 9 mai 1902

Le traitement des directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés ont été établis ainsi qu'il suit :

#### Directeurs médecins et médecins en chef

Classe exceptionnelle. . . . .	8.000 fr.
1 <sup>re</sup> classe . . . . .	7.000 fr.
2 <sup>e</sup> classe . . . . .	6.000 fr.
3 <sup>e</sup> classe . . . . .	5.000 fr.

#### Médecins adjoints

Classe exceptionnelle. . . . .	4.000 fr.
1 <sup>re</sup> classe . . . . .	3.000 fr.
2 <sup>e</sup> classe . . . . .	2.500 fr.

A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages de nature déterminés par le règlement (logement, chauffage, éclairage).

— Aux termes du décret du 16 janvier 1898, le régime d'études médicales, institué par le décret du 31 juillet 1893, sera seul en vigueur à dater du 1<sup>er</sup> octobre 1903.

Il convenait de déterminer quelle sera la situation des étudiants inscrits d'après le régime institué par le décret du 20 juin 1878 et qui n'auront pas terminé leurs études le 1<sup>er</sup> octobre 1903.

Le tableau ci-après indique les principales catégories dans lesquelles ces élèves seront classés et les dispositions qu'il y aura lieu de leur appliquer :

1. — Étudiants pourvus de quatre inscriptions, mais n'ayant point subi le premier examen préparatoire avec succès. — Ces étudiants pourront, sur leur demande, être dispensés de la scolarité afférente au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Ils ne seront admis à prendre la première inscription de doctorat en médecine (régime de 1893) qu'après avoir subi avec succès les épreuves dudit certificat d'études.

2. — Étudiants pourvus de quatre inscriptions ayant subi avec succès le premier examen probatoire. — Ces élèves seront autorisés, sur leur demande, à prendre la première inscription de doctorat en médecine (régime de 1893) avec dispense du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

3. — Étudiants pourvus de huit inscriptions. — Ils seront dispensés de la première année de scolarité (nouveau régime) et pourront poursuivre leurs études en prenant trimestriellement les inscriptions à partir de la cinquième, cette dernière étant prise en novembre.

4. — Étudiants pourvus de dix ou de onze inscriptions, ayant accompli quatre trimestres de dissection, mais qui n'ont point subi les épreuves de la première partie du deuxième examen probatoire ou qui se trouvent sous le coup d'un ajournement à l'épreuve pratique de dissection. — Les étudiants pourvus de dix inscriptions obtiendront, avec la dispense de la première année de scolarité, la concession cumulative des cinquième et sixième inscriptions.

Les étudiants pourvus de onze inscriptions obtiendront, avec la dispense de la première année de scolarité, la concession cumulative des cinquième, sixième et septième inscriptions.

Les uns et les autres seront autorisés à poursuivre leurs études après avoir subi avec succès les épreuves du premier examen probatoire.

5. — Étudiants pourvus de dix ou de onze inscriptions ayant subi avec succès l'épreuve pratique de dissection mais ne s'étant point présentés à l'épreuve orale de la première partie du deuxième examen ou se trouvant sous le coup d'un ajournement à cette épreuve. — La situation scolaire de ces élèves sera établie comme il est indiqué sous le n° 4.

Ils conserveront le bénéfice de l'épreuve pratique de dissection.

Ils ne seront autorisés à poursuivre leurs études qu'après avoir subi avec succès la seconde épreuve du premier examen probatoire (épreuve orale).

6. — Étudiants pourvus de douze inscriptions n'ayant point subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen. — Ils seront dispensés des deux premières années de scolarité (nouveau régime) et pourront poursuivre leurs études en prenant trimestriellement leurs inscriptions à partir de la 9<sup>e</sup>, cette dernière étant prise en novembre.

Ils ne seront admis à prendre la dixième inscription qu'après avoir subi avec succès les épreuves du deuxième examen probatoire (nouveau régime).

7. — Étudiants pourvus de douze à quatorze inscriptions ayant subi avec succès le deuxième examen probatoire. — Les élèves pourvus de douze inscriptions seront dispensés des deux premières années de scolarité (nouveau régime) et pourront poursuivre leurs études en prenant trimestriellement les inscriptions à partir de la neuvième, cette dernière étant prise en novembre.

Les élèves pourvus de quatorze inscriptions obtiendront en outre la concession cumulative des neuvième et dixième inscriptions.

8. — Étudiants pourvus de seize inscriptions. — Ces étudiants

dont la scolarité est terminée conserveront le bénéfice des seize inscriptions qui leur ont été délivrées.

Ils seront tenus de satisfaire, conformément au programme établi par le décret du 24 juillet 1899, aux épreuves qui leur resteront à subir pour l'obtention du grade de docteur en médecine.

En conséquence, ceux de ces étudiants qui ne sont pas titulaires des certificats d'aptitude aux deux parties du 3<sup>e</sup> examen (ancien régime), examen qui est subi après la seizième inscription, devront satisfaire au troisième examen (nouveau régime) qui se passe entre la treizième et la seizième.

A partir du 1<sup>er</sup> octobre 1903, toutes les épreuves seront subies en conformité des programmes établis par les décrets des 31 juillet 1893 et 24 juillet 1899.

— Par suite de la retraite de M. GRÉARD, vice-recteur de l'Académie de Paris, M. LIARD, directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'Instruction publique, a été appelé à lui succéder.

Les Facultés de médecine perdent en M. LIARD un directeur éclairé et écouté, à qui n'échappait rien de ce qui pouvait développer ou entretenir la vitalité de ces organismes délicats parce que compliqués. La Faculté de médecine de Lille, dont nombre de ses membres doivent de la reconnaissance à leur ancien directeur, adresse à M. LIARD l'hommage de son respectueux dévouement.

Le successeur de M. LIARD, au poste si élevé qu'il abandonne pour une fonction non moins importante, est M. BAYET, antérieurement directeur de l'enseignement primaire. Nous ne pouvons pas ne pas nous souvenir à Lille que M. BAYET fut pendant six ans recteur de notre Université, qu'il fut accompagné à son départ des regrets unanimes et des vœux de ses administrés. Son amabilité exquise, non plus que sa connaissance parfaite des professeurs de notre Faculté de médecine ne l'auront certainement abandonné. Aussi nous nous plaisons à supposer que nous retrouverons le directeur de l'enseignement supérieur aussi bien disposé pour notre Université du Nord qu'il en était l'excellent défenseur quand il présidait à ses destinées. Que M. BAYET veuille bien agréer les meilleurs souhaits de bienvenue des collaborateurs de l'*Echo Médical du Nord*.

## UNIVERSITÉ DE LILLE

Notre collègue le professeur agrégé GAUDIER a eu jeudi dernier 3 courant, la douleur de perdre son père, inspecteur d'Académie honoraire. Le coup a été trop foudroyant pour que, succédant au double deuil qui a frappé notre collègue dans les premiers mois de l'année et à l'affreux accident survenu à sa sœur il y a quelques jours à peine, nous ne prenions pas part à sa douleur et n'assurons pas tous, co'laborateurs et lecteurs de l'*Echo médical du Nord*, M. le docteur GAUDIER de notre vive sympathie.

M. GAUDIER père comptait occuper les loisirs de la retraite en écrivant pour l'*Echo médical du Nord* quelques articles d'histoire médicale locale. Nous avons publié naguère l'un d'entr'eux qui fut très remarqué. La sympathie qu'il manifestait

Meuse) ; PARIS, de  
(Ain) ; CHOISSEAU,  
adenet (Vaucluse) ;  
LUC, PALIERIN et  
raite ; JACOB père,  
(Rhône) ; GAGNE-  
saint-Laurent-de-la-

ressons à la famille  
viv-s condoléances.  
MASSONI, âgé de  
lgérie), doyen des  
ant en médecine à

## re :

des, 1<sup>re</sup> série, par  
collaboration de  
DUBAR, FOLET,  
LE FORT, POTEL,  
de l'Odéon, Paris,  
.

savent que depuis  
des consultations  
icale, chirurgicale,  
bre d'entr'eux ont  
nt cet effort d'avoir  
iants et praticiens,  
Certains même ont  
le portatif ces con-  
de journal, et par  
in. C'est à ce desir  
devoir répondre en  
cié les qualités en  
èmes qualités. Ils  
alement restreintes  
le consultation un  
iques ou cliniques,  
ient prend la place  
y explique pour-  
ut autre, pourquoi  
e qu'il ne faut pas  
majestueux innova-

zires, l'alcoolisme  
yphilis, la coque-  
pulmonaires, la  
s, l'épilepsie, les  
culièrement traités  
le les écrasements  
, la coxalgie, les  
ts, l'appendicite,  
s, les blessures de  
es accidents de la  
le, la délivrance

primeurs, 25, rue

**L'Emulsion**  
n cré  
1. De  
sane.  
Trait.

**E N]**

**IN**  
e pur

Th. C

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) : 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** : Expériences sur le suc intestinal et sur le suc pancréatique, par M. E. Wertheimer, professeur de physiologie. — SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD : Séance du 10 octobre 1902. — MOTS DE LA FIN. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Expériences sur le suc intestinal et sur le suc pancréatique

par le docteur **E. Wertheimer** (1)

professeur de physiologie à la Faculté de médecine.

#### I. — Sur les propriétés du suc intestinal obtenu par énérvation de l'intestin

1<sup>o</sup> *Exposé de la question.* — CL. BERNARD avait remarqué que l'ablation des ganglions et du plexus solaires produit rapidement une diarrhée abondante (2). Peu après, BUDGE observait le même fait. A. MOREAU a donné plus de précision à l'expérience : il sectionne les filets nerveux qui se rendent à une anse intestinale comprise entre deux ligatures et au bout de quelques heures il la trouve distendue par du liquide, alors que les anses voisines, également isolées, restent vides (3).

(1) Ces expériences ont été faites avec la collaboration de M. LEPAGE.

(2) Leçons sur les liquides de l'organisme, t. II, p. 341.

(3) C. R. de l'Acad. des Sciences, 1868, t. 66, p. 554.

Le mécanisme de cette surproduction de suc intestinal n'est pas encore bien élucidé. On a admis qu'elle est le résultat d'une dilatation paralytique des vaisseaux, consécutive à la destruction des nerfs vaso-moteurs. On peut supposer aussi que certains centres nerveux exercent soit sur les glandes de l'intestin, soit sur ses ganglions intra-pariétaux une influence modératrice qui se trouve supprimée du fait de l'énervation. Cette dernière théorie semble trouver un appui dans les observations de LAUDER BRUNTON et PYE SMITH, qui localisent en effet des centres modérateurs dans le ganglion inférieur du plexus solaire et dans le ganglion mésentérique supérieur (1).

D'après ces expérimentateurs, tant que ces ganglions restent en communication avec l'intestin, celui-ci ne se remplit pas de liquide, même si on détruit la moelle et le ganglion semilunaire, tandis que leur ablation produit le même effet que la section des nerfs mésentériques. Cependant cette expérience ne permet pas de conclure sans réserves à l'existence de centres modérateurs de la sécrétion intestinale ; elle est passible d'une autre interprétation que celle que lui ont donnée ses auteurs. Si l'ablation de certains ganglions abdominaux est vraiment indispensable à la surproduction du liquide intestinal, c'est peut-être parce que ces centres sympathiques contribuent à entretenir la tonicité des parois vasculaires et non parce qu'ils jouent le rôle de centres modérateurs de

(1) Cité d'après GAMGEE, *Physiolog. Chemistry*, t. II, p. 411.



l'a ramené ainsi à la lésion des vaisseaux prononcer actuellement proposées, qui renferment une partie de vérité : l'entrave apportée par la lésion des gros troncs nerveux avec les nerfs du plexus, comme le veut LANDOIS, à la cavité de l'intestin. MOREAU n'est pas d'accord, après quelques expériences, après quelques expériences ; par suite varie dans de nombreux cas. Un petit chien de 100 grammes, de long a donné un quart ; chez un autre, une anse de 45 centimètres, trois quarts, douze ou quinze centimètres, que 30 à 40 c.c. de suc ont permis de pratiquer l'opération ; l'opération n'a pas été faite, elle doit être complète. La production abonde aux nerfs ou du plexus, comme on voit aux mésentériques. Chez quelques animaux, le mésentère, au-dessus des rayons vasculaires, 500 une anse de 500 a été fournie, en cinq jours. Dans un autre animal, on a pris une anse, on a lésé les vaisseaux, le lendemain, quinze heures on a lésé les deux. Je dois dire que la même tentative que je n'obtiens rien, et que je ne suis pas sûr, méritait

études physiques et chimiques, mais il ne paraît pas que les digestives. Cette question est abordée par RADZIE-

JEWSKI (1878), par HANAU (1), plus récemment par LEUBUSCHER et TECKLENBURG (1894) et par LAFAYETTE B. MENDEL (2) ; elle était dans l'opinion de ces expérimentateurs intimement liée à celle du mécanisme de la production du liquide. Si ce suc, pense-t-on, est élaboré par les glandes de l'intestin, il doit participer des propriétés du suc entérique normal ; s'il n'est qu'un simple produit de transsudation, il ne doit avoir aucun pouvoir digestif. Cette dernière opinion était celle de VULPIAN qui, sans rapporter d'expériences personnelles, déclare que le liquide de MOREAU n'a rien de commun avec le suc entérique vrai, que c'est « du liquide de diarrhée » (3). RADZIEJEWSKY, qui tend aussi à le considérer comme un simple transsudat, invoque, entre autres, cet argument, que le suc paralytique ne renferme pas de ferment qui digère la fibrine. C'est précisément le même argument qui conduit HANAU à l'identifier avec le suc entérique normal, auquel il refuse également toute propriété digestive.

A leur tour, LEUBUSCHER et TECKLENBURG s'accordent avec les auteurs précédents pour admettre que le liquide de MOREAU est incapable de digérer la fibrine et de saccharifier l'amidon.

Mais il faut remarquer que l'action directe du suc entérique normal sur la fibrine, longtemps reconnue par les uns, niée par les autres, ne peut plus être admise aujourd'hui ; que son action sur l'amidon est peu marquée d'après la plupart des observateurs ; et d'ailleurs le ferment amylolytique est si répandu dans l'organisme, que sa présence en faible quantité dans le liquide de MOREAU ne serait pas très probante. Ce qui revient à dire que les points de comparaison entre le suc normal et le liquide de MOREAU étaient mal choisis.

Aucun des expérimentateurs que j'ai cités n'a songé à utiliser une propriété de suc intestinal que CL. BERNARD et PASCHUTIN avaient signalée depuis longtemps et qui est des plus nettes, celle de dédoubler le saccharose. Il semble bien que CL. BERNARD ait déjà observé que le suc d'origine paralytique partage cette propriété avec le suc normal. Dans ses « Leçons sur le diabète », après avoir indiqué les principaux procédés qui permettent d'obtenir le suc entérique, y compris le procédé de MOREAU, il ajoute : « j'ai constaté que le suc

(1) *Zeitschr. f. Biolog.* 1886, p. 195.

(2) *Arch. de Pflüger* 1896, t. 63, p. 423.

(3) Leçons faites à la Faculté de Médecine, in *Journal de l'Ecole de Médecine*, 1874.

intestinal, de quelque façon qu'il soit obtenu, joue un rôle très important dans la digestion. Il contribue exclusivement à digérer les substances hydrocarbonées et en particulier le sucre de canne ». Mais c'est surtout MENDEL qui a consacré aux effets du suc paralytique sur les hydrates de carbone une étude spéciale, d'où il résulte que ce suc saccharifie, mais très lentement, l'amidon, qu'il invertit le saccharose, dédouble le maltose, mais non le lactose.

MENDEL a renoncé à toute recherche relative à l'action de ce suc sur l'albumine parce que, dit-il, on peut considérer comme démontré que le suc intestinal pur ne possède aucune propriété protéolytique. Mais PAVLOV et son élève CHEPOVALNIKOFF ont prouvé récemment que le suc intestinal joue un rôle des plus importants dans la digestion des albuminoïdes, qu'il contient une diastase qu'ils ont appelée l'entérokinase, dont la propriété est de renforcer à un degré vraiment extraordinaire, l'action de la trypsine pancréatique (1) : DELEZENNE est encore allé plus loin puisqu'il a montré que le suc pancréatique, fourni par un chien porteur d'une fistule permanente, ne possède pas d'action propre vis-à-vis de l'albumine, que le concours de l'entérokinase lui est indispensable pour digérer l'albumine (2). J'ai voulu voir si le suc obtenu par énervation favorise, comme le suc normal, la digestion tryptique des albuminoïdes.

**2° Expériences.** — L'énervation de l'anse intestinale était pratiquée sous le chloroforme : avant de détruire les filaments nerveux, on avait soin de laver, largement, avec la solution physiologique de Cl Na, l'anse ouverte au thermocautère à ses deux extrémités, pour la débarrasser de tout ce qu'elle pouvait contenir et en particulier des restes du suc pancréatique, qui par son mélange avec le suc intestinal aurait pu conférer au liquide recueilli un certain degré d'activité protéolytique. Je dirai tout de suite que ce résultat a toujours été parfaitement atteint, puisque jamais le suc obtenu, soit qu'il fût frais, soit qu'il eût été abandonné pendant quelques jours, après addition d'un peu de chloroforme, n'a attaqué un petit cylindre d'albumine d'environ un millimètre de diamètre, même après un séjour de quarante-huit heures à l'étuve.

Après le lavage on liait l'anse intestinale à ses deux extrémités, en comprenant, il va sans dire entre deux ligatures, les boutonnières qui y avaient été

pratiquées. Quelques heures après l'énervation, on sacrifiait en général l'animal et on vidait l'anse de son contenu. Le liquide recueilli a habituellement une coloration jaunâtre, quelquefois il est un peu teinté de rouge, il renferme toujours une quantité variable de grumeaux, et quand il n'est pas sécrété en abondance, il a parfois l'aspect d'un épais brouet.

Pour étudier l'action de ce suc sur la digestion tryptique on mettait à l'étuve deux éprouvettes : une éprouvette témoin, renfermant du suc pancréatique jugé inactif, une autre contenant de ce même suc additionné de quelques gouttes de suc intestinal.

Dans chaque éprouvette on déposait habituellement : 1° un tube de METTE ; 2° ce que j'appellerai un cylindre nu. (Le tube de METTE est un tube de vaccin que l'on remplit par aspiration de blanc d'œuf et que l'on plonge pendant trente à soixante secondes dans de l'eau en ébullition pour coaguler l'albumine : le cylindre nu est un cylindre d'albumine extrait de la gaine d'un tube de METTE et mesurant un peu plus d'un millimètre de diamètre sur 7 ou 8 millimètres de long).

Je me procurais le plus souvent du suc pancréatique inactif, en injectant dans l'intestin un gramme d'une solution de chloral à 1/5 (1). Ce n'est pas que le chloral ait sous ce rapport une action spécifique, mais il provoque, en général, une sécrétion plus abondante que les solutions acides ; ce qui est une des conditions principales d'inactivité du suc : plus le suc pancréatique est produit rapidement et plus on peut compter sur une inactivité non seulement immédiate, mais encore prolongée. On en jugera par quelques exemples. J'ai laissé à l'étuve pendant 4 jours consécutifs du suc de chloral (2) avec un tube de METTE et un cylindre nu ; au bout du troisième jour celui-ci était devenu un peu moins opaque, le quatrième jour il était presque transparent, mais toujours entier, le tube de METTE n'était même pas attaqué. Du suc recueilli le 9 janvier a été mis à l'étuve le 21 ; au bout de vingt-quatre heures le cylindre était devenu simplement transparent et le tube de METTE avait perdu à peine un millimètre. Du suc recueilli le 6 février a été mis à l'étuve le 5 mars : après vingt-quatre heures, le cylindre était un peu moins opaque, et le tube de METTE ne présentait aucune trace d'attaque.

(1) Voir WERTHEIMER et LEFAGE, *De l'action du chloral sur la sécrétion pancréatique*, Soc. de Biol. 1900, p. 668.

(2) Pour abrégé, j'appellerai suc de chloral, suc d'acide, suc de pilocarpine, le suc pancréatique sécrété sous l'influence d'une injection de chloral, d'acide dans l'intestin, ou de pilocarpine dans une veine.

(1) PAVLOV. — *Le travail des glandes digestives*, Paris, Masson, 1901.

(2) DELEZENNE. — *Soc. Biologie*, juin 1902.

parler provenaient d'ani-  
gé que du pain : mais on  
ctifs même chez des ani-  
pas copieux de viande et  
quelques jours. C'est ainsi  
illi, dans ces conditions,  
seulement le 3 mars, n'a  
heures le petit cylindre  
lus loin sur ce point.

ement conservés en pré-  
roforme déposée au fond  
à précaution paraît peu  
tération ; elle n'empêche  
ler fréquemment les deux  
uvent des sucs primiti-  
spontanément un certain  
que le proferment qu'ils  
en ferment parfait. On  
te transformation se fait  
ir ou bien si elle n'est pas  
robable, à l'ingérence des  
é une base expérimentale  
montrant que certains  
tases, douées des mêmes  
se (1).

sumer d'un mot les résul-  
disant que tous ces sucs  
je viens de parler deve-  
l'addition de quelques  
goutte de suc intestinal  
is avant de les exposer  
nterai comment se com-  
al, sécrété lentement, que  
istule extemporanée, et  
t guère 2 à 4 c.c. en deux  
res.

e 1901. Chien de 9 k. 9  
de viande à midi. A 4 h.  
dénun situé au-dessous  
u thermocautère un ori-  
re de ce segment pour  
siologique tiède de  $\text{ClNa}$ ,  
cet orifice. On introduit  
ocréatique.

gouttes de suc pancréa-  
unum 15 c.c. d'une solu-  
5 p. 1.000 et en 15 min.  
tique ; en 20 min. on a  
se ralentit et dans les

20 min. suivantes on n'a plus que 0,28 c.c. de suc.  
On fait une injection d'un centigr. de pilocarpine  
dans la saphène : en 20 min., on n'a que 0,5 c.c. Une  
nouvelle injection de pilocarpine n'amène au bout de  
15 min. que 0,2 de suc qu'on ne conserve pas.

Ce n'est que 7 min. environ après la première  
injection de pilocarpine que le suc intestinal com-  
mence à se montrer dans la canule duodénale qui  
qui n'en avait pas fourni depuis le début de l'expé-  
rience, et en 35 min. on a 0,8 c.c. de ce suc.

Les sucs recueillis sont laissés à la température du  
laboratoire depuis 7 heures du soir jusqu'au lende-  
main matin à 11 heures ; à ce moment il y a déjà dans  
le suc de pilocarpine des cristaux de tyrosine.

Le 3, à 11 heures, on met à l'étuve le suc d'acide  
divisé en deux portions de 1,5 chacune : la première  
est laissée telle quelle ( $A_1$ ), la deuxième est additionnée  
de 3 gouttes du suc intestinal recueilli chez le même  
animal ( $A_2$ ). On met également à l'étuve les 0,28 c.c.  
de suc d'acide sécrété lentement ( $A_3$ ), enfin le suc de  
pilocarpine ( $P$ ), ces deux dernières éprouvettes sans  
addition de suc intestinal. On dépose dans  $A_1$  et  $A_2$  un  
cylindre nu et deux tubes de METTE, dans  $A_3$  et  $P$  un  
cylindre et un seul tube  $A$  midi 1/4, en  $P$ , il s'est  
formé dans toute la hauteur du liquide un nuage de  
cristaux de tyrosine ; on peut cependant se rendre  
compte que le tube de METTE est attaqué sur 1 millim.  
environ à chacune de ses extrémités : dans aucune  
des autres éprouvettes, il n'y a de modification.

A 4 h. dans  $A_1$  et  $A_2$  tout est intact. Dans  $A_3$  (le suc  
pancréatique additionné de suc intestinal) le cylindre  
a disparu, les deux tubes de METTE sont attaqués à  
chaque extrémité dans l'étendue d'un millim. environ.  
Dans  $P$ , bouillie épaisse de cristaux ; le tube de METTE  
que contient cette éprouvette et qui mesure 8 millim.  
de long, ne renferme plus qu'un noyau central d'un  
millim. au plus. On retire  $P$  de l'étuve.

A 7 h. 1/4 dans  $A_1$  tout est intact ; dans  $A_2$  tube de  
METTE intact, cylindre nu un peu aminci. En  $A_3$  dans  
l'un des tubes de METTE il reste un noyau de 2,5 mill.  
sur 5,5 de longueur totale ; dans le second tube qui a  
9 mill. il y a environ 1,5 mill. de dissous à chaque  
extrémité. On retire  $A_2$  de l'étuve.

Le 4 octobre, à 11 h. 1/2, dans  $A_3$  le cylindre nu est  
dissous, le tube de METTE a perdu 2 mill. en tout ; dans  
 $A_1$  le cylindre est encore présent, un peu aminci ; le  
tube de METTE est très légèrement entamé.

Le 3, à 4 h. 20, on a mis également à l'étuve 0,7 c.c.  
de suc intestinal pur avec un flocon de fibrine, un  
cylindre nu, un tube de METTE.

Le lendemain, à 11 h. 1/2, dans cette éprouvette tout  
est absolument intact, y compris le flocon de fibrine.

On voit que le suc pancréatique qui, par lui-même,  
en vingt-quatre heures, n'avait pu digérer le petit cylin-  
dre d'albumine, l'a digéré en moins de cinq heures sous  
l'influence du suc intestinal, et de plus, en huit heures, il  
a dissous 3 mill. d'un tube de METTE. J'appellerai encore  
l'attention sur d'autres détails de cette expérience.  
J'ai montré que chez un animal à jeun le suc pancréa-

tique, sécrété à la suite d'injections irritantes dans l'intestin, n'a aucune action sur l'albumine, tandis que le suc de pilocarpine est très actif (1). CAMUS et GLEY ont observé le même fait (2). Je ne tardai pas à constater qu'il en est encore ainsi, même chez un animal en digestion de viande, pourvu que la sécrétion provoquée par les injections d'acide, de chloral, etc., fût tant soit peu abondante. L'expérience précédente est un exemple de ce genre. On remarquera aussi : 1° que la deuxième portion du suc d'acide, par cela même qu'elle a été sécrétée lentement, a présenté un pouvoir protéolytique propre, assez marqué, sans addition de suc intestinal ; 2° que l'activité du suc de pilocarpine était telle que laissé à la température du laboratoire pendant la nuit, il renfermait au bout de quelques heures des cristaux de tyrosine, c'est-à-dire qu'il avait commencé à digérer l'albumine qui entre dans sa composition.

Mais pour en revenir à l'objet principal de cette étude, je reproduirai quelques expériences destinées à démontrer que le suc intestinal obtenu par énérvation possède, presque au même degré que le suc normal, le pouvoir de conférer au suc pancréatique l'activité protéolytique qui lui fait défaut.

**EXPÉRIENCE II.** — 27 novembre 1901. Chez un chien de 5 kg. on a énérvé à l'origine du jéjunum une anse de 25 cent. de long, et un peu plus bas on a compris entre deux ligatures une autre anse de même longueur. L'opération est terminée à 11 h. 10. A 4 h. 40 on retire du segment énérvé 65 c.c. de liquide qui renferme peu de grumeaux ; le segment voisin est vide.

Le 28 novembre, chez un chien à jeun depuis plus de 24 heures, on recueille à la suite d'une injection de chloral dans l'intestin 1,9 c.c. de suc pancréatique en 29 m. On en prélève deux échantillons de 0,6 c.c. chaque, l'un pur (A<sub>1</sub>), l'autre additionné de trois gouttes de suc intestinal recueilli la veille (A<sub>2</sub>) et on met à l'étuve à 7 h. 20 du soir.

Le 29 novembre, à 8 h. 10 du matin, dans A<sub>1</sub>, le cylindre nu est un peu gonflé et transparent sur ses bords, mais absolument intact ainsi que le tube de METTE ; dans A<sub>2</sub> le cylindre a disparu et le tube de METTE qui a 8 millim. de long ne renferme plus qu'un noyau de 4,5 millim.

**EXPÉRIENCE III.** — Pour montrer encore une fois combien la rapidité avec laquelle le suc pancréatique est sécrété influe sur son pouvoir protéolytique, je signalerai que le 27 novembre, c'est-à-dire le jour même où le suc intestinal dont il vient d'être question avait été recueilli, on l'avait mis à l'essai sur

du suc de chloral recueilli aussi le même jour chez un animal qui n'en avait fourni que 0,8 c.c. malgré trois injections successives de chloral. On avait mis ce suc à l'étuve à 7 heures du soir, après l'avoir divisé en deux portions dont l'une avait été mélangée à trois gouttes de suc intestinal. Le lendemain, à 11 heures du matin, tout était également dissous dans les deux éprouvettes, cylindres nus et contenu des tubes de METTE. On trouvera plus loin un autre exemple du même genre (Exp. VIII).

**EXPÉRIENCE IV.** — Le 30 novembre, on a retiré à 11 heures d'une anse du jéjunum, énérvée la veille à 11 h. 1/2, 60 c.c. de liquide. A 7 heures du soir, on a mis à l'étuve du suc pancréatique fourni par le chien de l'exp. II, après une deuxième injection de chloral qui avait donné 3,8 cc en 38 min. Le lendemain à midi dans A<sub>1</sub> (suc pancréatique pur) le cylindre nu n'est pas dissous, le tube de METTE est attaqué sur moins d'un millim. ; dans A<sub>2</sub> (suc pancréatique et intestinal), tout est dissous ; le tube de METTE avait 7,5 mill. de long.

On avait mis également à l'étuve du suc intestinal pur avec un petit cylindre nu ; au bout de 48 heures, celui-ci était absolument inaltéré.

**EXPÉRIENCE V.** — Le 9 janvier 1902, on énerve à 6 heures du soir une anse jéjunale de 25 centim. ; le lendemain, à 10 h. 1/2, le chien est trouvé mort : on retire de l'anse énérvée 75 c.c. de liquide.

Le 10, à 5 h. 45, on a mis à l'étuve 0,4 de suc de chloral pur, recueilli la veille (A<sub>1</sub>) et 0,4 de ce même suc mélangé à un peu de suc intestinal obtenu le matin (A<sub>2</sub>). Le 11, à 11 heures, dans A<sub>1</sub> tout est intact, le cylindre est un peu moins opaque ; dans A<sub>2</sub> le cylindre est dissous et les deux tubes de METTE qui y ont été déposés ne renferment plus l'un et l'autre qu'un noyau d'environ 3 millim.

On ne revoit les éprouvettes qu'à 6 heures du soir. Dans A<sub>1</sub>, tout est intact, le cylindre nu est un peu plus transparent, le tube de METTE n'est pas attaqué. Dans A<sub>2</sub>, tout est dissous ; les tubes de METTE sont vides ; ils avaient tous deux 8 mill. de long.

Dans les expériences suivantes, on a fait agir le suc intestinal sur du suc pancréatique qui s'était conservé longtemps inactif.

**EXPÉRIENCE VI.** — Chez un chien de 6 kg. une anse de jéjunum énérvée le 27 février, a donné, au bout de 15 h. 1/2, 50 c.c. de liquide.

Le 1<sup>er</sup> mars, à midi, on met à l'étuve : 1° du suc de chloral pur du 6 février (A<sub>1</sub>) provenant d'un chien à jeun qui en avait fourni 6 c.c. en une heure ; 2° de ce même suc additionné d'une goutte du suc intestinal du 27 février A<sub>2</sub>.

Le soir, à 5 heures, dans A<sub>1</sub> tout est intact ; dans A<sub>2</sub> le cylindre est dissous, le tube de METTE commence à être attaqué. On ne revoit les éprouvettes que le 2, à 7 h. du soir. Dans A<sub>1</sub> tout est intact, le cylindre nu est devenu un peu transparent. Dans A<sub>2</sub> le tube de METTE est attaqué sur un millimètre environ à chaque extrémité.

(1) Soc. de Biol., 1901, p. 139.

(2) Ibid., p. 194.



dans le seul exemple qu'il rapporte, a observé un commencement de transformation du saccharose au bout de trois heures. En faisant agir, sur 4 c.c. d'une solution de sucre de canne au 1/10<sup>me</sup>, 1 c.c. de suc intestinal, j'ai obtenu une réduction très nette de la liqueur de FEHLING après avoir laissé le mélange à l'étuve pendant une demi-heure et une réduction abondante au bout d'une heure.

MENDEL n'a trouvé au suc paralytique aucune action sur le sucre de lait, bien que les recherches récentes de ROHMANN et LAPPE aient démontré la présence de la lactase dans l'intestin grêle du chien. Je n'ai pas fait d'expérience à ce sujet, mais il est probable que si les résultats de MENDEL ont été sur ce point négatifs, cela tient à l'âge des animaux sur lesquels il a expérimenté.

PORTIER a trouvé, en effet, que si l'intestin des jeunes chiens contient en abondance la lactase, celui des chiens adultes ne la contient qu'en faible proportion, et que l'intestin des chiens vieux n'agit presque pas ou même pas du tout sur le sucre de lait (1).

On peut donc dire que les propriétés principales du suc entérique normal se retrouvent dans le suc paralytique. Et maintenant, ces faits fournissent-ils sur la nature et sur le mode de production de ce suc les renseignements qu'on a cru pouvoir leur demander ? Prouvent-ils qu'il est élaboré par les glandes de l'intestin et non pas transsudé directement des vaisseaux ? Cette conclusion, quelque logique qu'elle paraisse, serait contestable. C'est qu'en effet, il semble que les glandes de l'intestin, glandes de BRÜNNER et glandes de LIEBERKÜHN, ne jouent qu'un faible rôle dans l'élaboration des ferments du suc entérique normal. Des expériences de DELEZENNE, il résulte que ce sont les follicules clos et les leucocytes si abondants dans la muqueuse intestinale qui concourent le plus activement à la production de l'entérokinase (2). BROWN et HÉRON, de leur côté, ont constaté que l'action des plaques de PEYER sur le maltose et le saccharose est beaucoup plus énergique que celle de toute autre partie de l'intestin (3). Ce sont donc principalement les organes lymphoïdes et les leucocytes qui interviennent dans la sécrétion des ferments du suc entérique. Or le suc paralytique renferme, d'après MOREAU, des globules blancs en quantité variable, et la présence de ces éléments est habituelle dans les transsudats : il

est donc permis de soutenir que le suc paralytique, malgré ses propriétés digestives, n'est autre chose qu'un transsudat. C'est peut-être aussi la richesse à peu près égale du liquide en leucocytes qui explique pourquoi l'activité du suc paralytique de l'iléon, ne le cède guère à celle du suc fourni par le jéjunum, alors qu'entre les sucs normaux provenant de ces deux régions on trouve une différence très accusée.

## II. — Sur l'innocuité des injections sous-cutanées de suc pancréatique naturel.

Les injections veineuses de suc pancréatique paraissent inoffensives. CL. BERNARD a injecté dans la veine d'un lapin 2 gr. de suc pancréatique d'un chien et n'a rien observé d'anormal, si ce n'est que l'urine du lapin coagulait par la chaleur (1). Dans l'ouvrage de A. GAUTIER, « Toxines microbiennes et animales », on lit que si on injecte à un lapin, par la veine auriculaire, tout le suc extrait de trois pancréas de cobaye, l'animal ne s'en ressent nullement. Il s'agit probablement dans ce dernier cas de macérations pancréatiques.

Sur les injections sous-cutanées de suc pancréatique naturel, je n'ai pas trouvé d'indications précises. C'est, il est vrai, une notion courante que les ferments du suc pancréatique injectés sous la peau produisent des désordres locaux souvent fort étendus (2). Mais il semble que les expérimentateurs aient en général opéré, non avec du suc naturel, mais avec des solutions de trypsine ou de pancréatine. Toujours est-il que A. GAUTIER mentionne la nécrose comme une conséquence de l'introduction de la trypsine sous la peau. Dans un travail récent, ACHALME appelle l'attention sur la lésion « très caractéristique et très constante » que provoque la pancréatine en injections sous-cutanées. Cet auteur ajoute que d'autres observateurs et particulièrement SCHEPILEWSKI insistent au contraire sur les suppurations consécutives à ces injections, ce qui s'expliquerait par l'usage de liqueurs diastatiques insuffisamment privées de bactéries, ACHALME décrit en détail les phénomènes locaux consécutifs aux injections d'une solution de pancréatine, et la marche du processus qui, chez le cobaye, aboutit en quinze à vingt heures à la formation d'une escarre parfaitement caractérisée (3).

(1) PORTIER. — *Soc. de Biol.* 1898, p. 387.

(2) DELEZENNE. — *Ibid.* 1902, p. 281.

(3) BROWN et HÉRON. — *Proceed. of the Roy. Soc.* 1879-80, t. 30, p. 402.

(1) C. BERNARD. — *Leçons sur les liquides de l'organisme*, t. II, p. 386.

(2) PAVLOV. — *Arch. de Pfüger*, t. XVI, p. 130.

(3) ACHALME. — *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1901, t. XV, p. 737. Voir aussi CHARRIN, *Journ. de Physiol.* 1900, p. 285.



bacillus prodigiosus) lesquelles amenèrent un abcès évoluant comme un anthrax et qui dura un mois. Le même opérateur fit alors une injection directement dans la tumeur : celle-ci se mit à proliférer énormément en quinze jours.

La masse étant relativement mobile, M. LAMBRET fit une longue incision avec section des pectoraux et libération des vaisseaux de l'aisselle. La masse enlevée est composée d'un unique ganglion hypertrophié et encapsulé. A la périphérie, le tissu néoplasique est mou et nécrosé. La tumeur a subi une très vive irritation.

M. Le Fort rappelle que les fameuses injections de COLLEY ne comptent pas une guérison à leur actif.

#### Ablation du col utérin

M. Le Fort montre un col utérin enlevé pour métrite du col avec ectropion par un procédé spécial au présentateur ; c'est un Schröder pratiqué par un procédé circulaire.

**Tétanos chronique d'une durée d'un mois. Injections de sérum antitétanique. Guérison.**

M. Ingelrans lit un mémoire sous ce titre (*sera publié*).

M. Charmeil demande pourquoi M. INGELRANS n'a pas eu recours à l'isolement et au chloral concomitamment avec les injections de sérum ; car on ne sait jamais si un tétanos chronique ne prendra pas tout à coup une allure aiguë.

M. Ingelrans répond que l'état du malade permettait de se dispenser du chloral et qu'ainsi, on peut mieux juger de l'action du sérum, seul à intervenir. A la première alerte, il aurait d'ailleurs été tout disposé à employer le traitement médicamenteux ordinaire.

#### Aortite chronique. Rupture spontanée dans le péricarde

MM. Ingelrans et Bouret, externe, présentent des pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'une malade morte dans le service de M. COMBEMALE. Il s'agissait d'une femme de soixante-neuf ans, qui était venue se faire soigner pour des douleurs intra-thoraciques et une dyspnée progressive. Sa mère était morte, à cinquante ans, de cardiopathie ; un frère était également mort d'une maladie de cœur à trente ans. Elle-même déclarait n'être souffrante que depuis quatre mois : la dyspnée surtout la gênait et elle ne pouvait faire un pas sans être essoufflée.

Pendant son séjour à l'hôpital, il s'établit du cornage, de la toux coqueluchoïde, puis la voix devint bitonale et la corde vocale droite se paralysa. Aucun trouble de la déglutition, ni de la digestion. Il existe une sensation de barre derrière le sternum : on constate une légère circulation collatérale qui commence à se dessiner ainsi que du gonflement des jugulaires. Le cœur bat rapidement, aux environs de 112 par minute, sans souffle ; la pointe n'est pas abaissée. En avant, on ne constate nul accroissement de la matité, mais dans le dos existe une zone mate inter-

scapulaire très étendue. La respiration s'entend mal dans toute l'étendue du poumon droit ; pas de retard appréciable d'un pouls radial sur l'autre. Vers la fin de sa vie, la malade éprouve une sensation de tiraillement au passage du bol alimentaire, puis la dyspnée augmente progressivement et un soir la mort subite survient.

L'autopsie a montré une cavité péricardique contenant 500 gr. de sang coagulé, enveloppant le cœur, provenant d'une rupture de l'aorte au niveau où la séreuse se réfléchit sur elle. Cette perforation a la grandeur d'une pièce de vingt centimes et s'est faite par usure d'une plaque athéromateuse. L'aorte est le siège d'une inflammation chronique des plus considérables. La portion ascendante, la crosse et une partie de l'aorte thoracique sont énormément dilatées et allongées : leur diamètre est au moins le triple de celui du vaisseau normal. La surface interne est rugueuse, inégale, avec des plaques calcaires, des pustules et foyers athéromateux. Ces lésions ne débutent pas dès l'origine du vaisseau et les sigmoïdes sont intactes : l'altération est maximum au niveau de la partie supérieure de l'aorte descendante où se trouvent des caillots fibrineux stratifiés récents, oblitérant presque la lumière du vaisseau. Cette formation de caillots a dû augmenter très fortement la pression dans l'aorte ascendante, d'où la rupture.

Quoique l'aortite soit la cause la plus fréquente de la rupture spontanée de l'aorte (indépendamment des ruptures d'anévrysmes), il n'en a guère été publié qu'une cinquantaine de cas (BUREAU, GARDETTE).

Malgré la grosse lésion de l'aorte, le cœur n'était point hypertrophié, au contraire, il était plutôt petit et présentait une stéatose considérable. Cette absence d'hypertrophie et cette dégénérescence graisseuse devaient tenir au rétrécissement des coronaires par artério-sclérose. En effet, l'aortite était ici liée à l'artério-sclérose généralisée. La rate était petite et dure, pesant 80 gr. ; le rein gauche ne pesait également que 80 gr. On pourrait trouver dans ce cas la cause de l'athérome dans l'aortisme héréditaire de HUCHARD, des lésions cardiaques ayant existé chez la mère et le frère de la malade.

L'allongement de l'aorte était tel qu'il avait entraîné une coudure du vaisseau au-dessus du diaphragme et, par contre-coup, de l'œsophage repoussé au dehors par l'artère. La voix bitonale tenait à la compression du récurrent entre l'aorte et la grosse bronche.

#### Expulsion d'un œuf entier au quatrième mois de la grossesse

M. Lequette présente, avec M. Le Fort, un œuf entier de quatre mois à rapprocher des pièces semblables récemment présentées à la Société.

#### Utérus fibromateux et hémorrhagie de l'ovaire

M. Oul présente des pièces provenant d'une femme opérée le 27 juillet dernier.



ir de violentes  
l'environ. Les  
struelles.

bromateux en  
s grosse lèvre  
e.

ransformé en  
œuf et qui est  
tale est faite  
ident.

lérable de ses  
le tout petits  
ibromes sous-  
une cerise à

s abdominale

qu'il a enlevé

chez laquelle,  
até un fibrome  
nel et du petit  
lit été donné

ois de janvier  
considérable  
garder le lit et  
minurie abon-

entre temps,  
grosse tumeur  
s fibromateux

; mais l'albu-

sans incident,

ération, il ne  
s d'albumine

coulés depuis  
remier cas de  
émie actuelle,  
son début : en  
avillons d'iso-  
ins jours cin-

489 entrées :  
ici le relevé

Avril, 44 ; mai, 75 ; juin, 58 ; juillet, 87 ;  
août, 107 ; septembre, 118.

325 malades sont sortis, 113 sont morts, soit une mor-  
lité de 23 pour cent. Il est entré 138 enfants au-dessous de  
quinze ans ; 66 sont morts, c'est-à-dire la moitié. — 47  
adultes sont morts, ce qui revient à dire qu'un adulte est  
décédé sur sept environ.

Cette épidémie, à la manière dont elle va, ne parait pas  
près de s'éteindre, tout au contraire.

M. Oul ajoute qu'à Lille, on a compté environ 300 décès  
jusqu'à ce jour, pour environ 1.300 cas déclarés. La  
semaine qui vient de s'écouler a fourni 95 nouveaux cas  
avec plus de 30 décès. Ce n'est cependant pas faute d'in-  
viter le public à se faire vacciner. On offre de vacciner à  
domicile. Tout cela est peine perdue et l'on se heurte à  
une mauvaise volonté obstinée.

M. Ausset demande qu'on fasse dans la statistique précé-  
dente une subdivision entre enfants de moins d'un an et  
enfants de un à quinze ans, pour se rendre compte de  
l'influence de la vaccination sur leur mortalité.

M. Ingelrans répond qu'une telle statistique serait tout  
à fait inutile à cet égard, car, à l'hôpital les enfants de  
sept et dix ans qu'on amène avec la variole n'ont pas plus  
été vaccinés que ceux d'un mois. L'observation de la  
plupart des sujets varioleux au dessous de quinze ans  
porte qu'ils n'ont jamais été vaccinés.

M. Ausset demande si, dans les écoles, on ne fait pas  
d'enquête sérieuse au sujet de la vaccination.

M. Oul répond que, dans les écoles libres, on ne  
demande pas de certificat de vaccine. Dans les écoles de  
l'Etat, il suffit que l'enfant présente un certificat signé  
d'une sage femme et l'instituteur n'a rien de plus à deman-  
der. Si on parle de revacciner dans les écoles, on se heurte  
à des refus formels des parents dont certains écrivent à  
l'instituteur pour défendre qu'on vaccine leurs enfants.

M. Bertin demande pourquoi on ne revaccine pas en  
masse dans les écoles.

M. Patoir dit que cela s'est fait en

M. Oul répond que cette année ég;  
revaccinations, mais qu'il est diffici  
de la mauvaise volonté générale.

## MOTS DE LA

LE TRUC DU MÉDECIN. — Un doct  
perdu l'autre jour son griffon et désesp  
mit dans les journaux du matin une ann

« Perdu, dans Mayfair street, un griff  
traces d'inoculation récente des bacilles »

A midi, le cabot avait regagné le domic

## NOUVELLES &amp; INFORMATIONS

Pour être admis en considération à la distribution du **Prix Nobel de la Paix**, au mois de décembre 1903, les candidats doivent être proposés au Comité Nobel du Parlement norvégien, par une personne qualifiée, avant le 1<sup>er</sup> février 1903.

Sont qualifiés pour proposer des candidats : Les membres du Comité Nobel du Parlement norvégien ; les membres des assemblées législatives et des gouvernements des divers États ; les membres du Conseil interparlementaire ; les membres de la Commission du Bureau international permanent de la Paix ; les membres et associés de l'Institut de Droit international ; les professeurs de droit et de science politique, d'histoire et de philosophie dans les universités ; les personnes qui ont reçu le prix Nobel de la Paix.

Le prix Nobel de la Paix pourra être attribué à une institution ou à une association.

Suivant l'article 8 du statut de la Fondation Nobel, toute proposition doit être motivée et accompagnée des écrits et autres documents sur lesquels elle est fondée.

Suivant l'article 3, tout écrit, pour être admis au concours, devra avoir été publié par la voie de la presse.

Pour les renseignements ultérieurs, les personnes qualifiées sont priées de s'adresser au Comité Nobel du Parlement norvégien, Victoria Terrasse 4 III, Kristiania.

— La Compagnie des Messageries Maritimes a consenti, en faveur des délégués au **Congrès Médical Egyptien** du Caire, une réduction de 30 0/0 sur les prix des passages qu'ils prendront à bord de ses paquebots, de Marseille à Alexandrie et vice-versa.

— Nous sommes informés que la « *Rénovation sociale par le Travail* » prendra désormais le titre de « *la Rénovation sociale par la Science et le Travail* » et qu'elle vient de constituer son bureau de la façon suivante :

**Président** : M. SULLY-PRUD'HOMME ; **Vice-Président** : M. Edmond PERRIER ; **Membres** : MM. D. D'ARSONVAL, Jules MASSENET, Henri DE PARVILLE, le docteur ROUX ; **Trésorier** : M. Th. A. STEINLEN ; **Secrétaire** : M. \*\*\*

Voici, d'autre part, les nouveaux considérants qu'elle ajoute à son ancienne profession de foi dénonçant l'influence pernicieuse de l'argent sur les mœurs et la nécessité de réagir contre cette influence par la glorification du travail.

C'est surtout de la science qu'elle déclare, cette fois, attendre l'avènement de cette rénovation.

Considérant que par la science seule on atteint la vérité ;  
Que la science est impartiale et infaillible et ne saurait trahir ou tromper ;

Qu'à elle seule il appartient de réunir les hommes dans un sentiment commun de confraternité universelle ;

Qu'en réédifiant la société sur de nouvelles bases, cette fois rationnelles, non seulement elle abolira l'oppression des faibles par les forts, mais la rendra à jamais impossible ;

Qu'il n'est progrès, délivrance, affranchissement réels ; qu'il n'est même révolution indubitablement accomplie que par son concours ;

Considérant que les GUTENBERG, les DENIS-PAPIN, les LAVOISIER, les FULTON, les AMPÈRE, ainsi que les créateurs des premières voies ferrées ont fait œuvre plus efficace pour le rapprochement des peuples et leur entente que les propagandistes philosophes, révolutionnaires, religieux ;

Considérant en outre que, si l'imprimerie a été un facteur d'affranchissement pour la bourgeoisie, le machinisme en sera un à son tour pour le prolétariat, qu'il affranchira prochainement ;

Pour ces raisons, le Comité de « *la Rénovation sociale par la Science et le Travail* » déclare revendiquer la science comme le seul moyen pour empêcher la réédition des iniquités du passé et pour conduire l'humanité vers son affranchissement définitif qu'exprimeront pour le moins cette suite de triomphes :

Suppression de la misère ;

Connaissance des secrets de la matière ;

Maîtrise de l'intelligence sur les éléments.

C'est tout autant pour affirmer ces principes qu'en témoignage de reconnaissance envers tous les hommes de génie qui déjà ont frayé si largement les voies du progrès que le comité a décidé d'inaugurer la nouvelle série de ses conférences par la solennité qu'il organise pour l'automne.

## UNIVERSITÉ DE LILLE

Par suite de la démission de M. le docteur PHOCAS, le poste de chirurgien en chef du **Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer**, près Dunkerque, est récemment devenu vacant. Le Conseil d'administration du sanatorium, présidé par M. VANCAUWENBERGHE, le philanthrope éclairé que bénit toute la population pauvre de la région du Nord, a pourvu au remplacement de M. PHOCAS, et, en raison de l'importance que prendra ce sanatorium, lorsque dans quelques mois il sera transporté à Zuydcoote, a résolu de nommer deux chirurgiens en chef et un chirurgien en chef spécialisé dans les maladies du nez, de la gorge et de l'oreille. Nous avons plaisir à annoncer à nos lecteurs que le Conseil d'administration a désigné MM. les docteurs LAMBRET, professeur agrégé à la Faculté, et LE FORT, chef de clinique chirurgicale, pour les postes de chirurgiens en chef, et M. le docteur GAUDIER, professeur agrégé à la Faculté, pour le poste de chirurgien en chef spécialisé.

Le choix du Conseil d'administration est heureux ; chacun y applaudira, et l'*Echo Médical du Nord* se sent honoré de voir appelés, à ces postes enviés, de ses collaborateurs les plus qualifiés.

— La Commission administrative des Hospices de Lille a reçu hier le don d'une somme de 26.000 francs faite par M<sup>e</sup> DELEDICQUE, notaire, et M<sup>me</sup> FAUCHEUR, sa sœur, de Lille, aux fins de la création et l'entretien, à l'asile d'incurables en construction à Saint-André-lez-Lille, de deux lits pour malades incurables âgés de plus de 21 ans.

## UNIVERSITÉ DE PARIS

*Ecole pratique des hautes études.* — M. le docteur GUILLEMONAT, préparateur du laboratoire de médecine expérimentale dirigé par M. CHARRIN (Collège de France), est nommé maître de conférences audit laboratoire.

## UNIVERSITÉS DE PROVINCE

**Limoges.** — M. le docteur GARRAUD, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1902-1903, d'un cours de physique.

— M. le docteur CHENIEUX, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie.

**Montpellier.** — M. le professeur MASSOL est nommé, pour trois ans, directeur de l'Ecole de pharmacie de Montpellier.

**Nancy.** — M. le docteur GUÉRIN, agrégé, directeur du laboratoire des cliniques, est nommé professeur de toxicologie et analyse chimique.

— M. BRÜNTZ est nommé chef des travaux de micrographie et chargé, en outre, d'un cours complémentaire d'histoire naturelle pour 1902-1903.

**Tours.** — M. le docteur BARNSBY, professeur d'histoire naturelle, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

**Chambéry.** — M. le docteur GUILLAUD, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de Bordeaux, est nommé recteur de l'académie de Chambéry.

**Rennes.** — M. le docteur ASSICOT est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

## Notre Carnet

Le docteur BOURNOVILLE, de Fives-Lille, nous fait part de la naissance de son fils PIERRE. Nous adressons à notre distingué confrère, avec nos compliments, nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

— Le docteur Emile COUVREUR, de Seclin, nous fait part de la naissance de sa fille SUZANNE. Que notre excellent confrère reçoive nos meilleurs vœux pour la mère et l'enfant.

— Le mardi 14 octobre a été célébré, à Harnes, le mariage du docteur Emile DEHAY, de Croisilles (Pas-de-Calais), avec Mademoiselle Justine DELATTRE. Nous prions notre jeune confrère d'agréer nos meilleurs compliments et souhaits de bonheur.

## Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs STRAPART, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Reims (Marne) ; BOUDARD, ancien médecin de la marine ; ADRIEN MONOD, de Paris, décédé à Yokohama (Japon) ; CHAPPOT DE LA CHAYONIE, de la Vendée ; LECOMTE, médecin de la marine en retraite ; ROUX, de Chinon (Indre-et-Loire) ; SABAROS, de Courville (Eure-et-Loire) ; LAROYENNE, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Lyon (Rhône) ; GIRCOURT, de Neuville-aux-Bois (Loiret) ; POMEL, de Joué-les-Tours (Indre-et-Loire).

MESSANT, préparateur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; LEROY, interne à Châtel-Picon, près Bordeaux.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES.** — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration. De 3 à 6 cuillérées à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.

D<sup>r</sup> Ferrand. — *Trait. de méd.)*

## RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX

## NEUROSINE PRUNIER

(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

40<sup>e</sup> ET 41<sup>e</sup> SEMAINES, DU 28 SEPTEMBRE AU 11 OCTOBRE 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE										Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .										13	14
3 mois à un an . . . . .										15	11
1 an à 2 ans . . . . .										9	4
2 à 5 ans . . . . .										12	16
5 à 10 ans . . . . .										8	7
10 à 20 ans . . . . .										3	5
20 à 40 ans . . . . .										19	24
40 à 60 ans . . . . .										16	14
60 à 80 ans . . . . .										17	12
80 ans et au-dessus . . . . .										5	5
Total . . . . .										117	112

NAISSANCES par Quartier											
	13	23	35	41	12	12	16	8	13	28	4
TOTAL des DÉCÈS	20	24	30	54	12	12	28	18	9	3	12
Autres causes de décès	6	9	7	2	4		6	6	6	8	3
Homicide	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Suicide	"	"	"	"	"	"	1	"	"	"	1
Accident	"	"	"	"	2		1	"	"	1	4
Autres tuberculoses	"	"	1	"	"	"	2	"	"	1	4
Méningite tuberculeuse	"	"	"	"	"	"	"	"	1	1	1
Phthisie pulmonaire	3	5	2	7	2		4	3	1	6	1
Diarrhée et choléra											
plus de 5 ans	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
de 2 à 5 ans	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
moins de 2 ans	3	2	11	3	1		1	"	1	1	25
Maladies organiques du cœur	1	1	1	1	"	"	"	1	1	"	6
Bronchite et pneumonie	"	"	"	3	"	"	3	1	1	"	8
Apoplexie cérébrale	2	1	3	3	"	"	2	2	"	1	14
Autres	4	"	1	"	"	"	"	"	1	1	2
Croup et diphthérie	"	"	1	"	"	"	"	"	"	"	1
Fièvre typhoïde	"	"	1	"	"	"	"	"	"	"	1
Scarlatine	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Rougeole	"	1	"	"	"	"	"	"	"	"	1
Variole	3	2	3	3	3		7	5	1	1	66

Répartition des décès par quartier	Total.
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	
Moulins, 24,947 hab.	
Wazemmes, 36,782 hab.	
Vauban, 20,381 hab.	
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	
Esquermes, 11,381 hab.	
Salut-Maurice, 11,212 hab.	
Fives, 24,191 hab.	
Canteleu, 2,836 hab.	
Sud, 5,908 hab.	
Total.	200

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT  
5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT  
pour les ÉTUDIANTS  
3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Ausset, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; Barrois, professeur de parasitologie ; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; Carlier, professeur de pathologie externe ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé ; Guérin, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Kéraval, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; Looten, médecin des hôpitaux ; Manouvriez (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; Surmont, professeur de pathologie interne et expérimentale ; Verdun, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : A propos de l'épidémie de variole, par le docteur H. Folet. — Rapport sur la désinfection par le procédé Clayton à bord des navires, par les docteurs A. Calmette et Hautefeuille. — Tétanos chronique d'une durée d'un mois ; Injections de sérum antitétanique ; Guérison, par le docteur Ingelrans. — CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES : Ophthalmie purulente des nouveau-nés, par le docteur E. Painblan. — NOUVELLES ET INFORMATIONS.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### A propos de l'épidémie de variole

Lille, 23 octobre 1902

MON CHER RÉDACTEUR EN CHEF,

Depuis quelques jours, j'étais frappé du petit nombre des malades qui se présentaient à mes consultations externes de Saint-Sauveur. Le jeudi, jour de consultation gynécologique, j'ai en moyenne une douzaine de femmes à examiner. Ce matin, il en est venu deux.

Je me suis informé. Il en est ainsi depuis le 15 octobre à toutes les consultations. La cause de cette désertion c'est que, quand les malades se présentent, on leur demande un certificat de vaccination récente, à défaut duquel on les invite à passer dans une salle où on les revaccinera. La plupart refusent et s'en vont.

Notre clientèle hospitalière est rebelle à la revacci-

nation ; c'est un fait. Cette mauvaise volonté tient essentiellement aux idées fausses et à l'ignorance de ces pauvres gens. Et cette ignorance n'a rien d'étonnant quand on entend non seulement des illettrés, mais des gens instruits, — voire pourvus de hauts diplômes, — émettre en cette matière des contre-vérités stupéfiantes.

Le remède à cela ? Je n'en vois pas d'autre que la publicité intensive donnée à la vérité ; sans s'arrêter à la crainte puérile d'« alarmer la population », comme dit le vieux cliché, nous avons fondé la *Réclame Antialcoolique*. Quoique un trop petit nombre de nos concitoyens nous aient compris et aidé, malgré l'extrême modicité de nos ressources qui a limité notre action, nous avons obtenu quelques résultats, (qu'on le demande aux marchands d'apéritifs), et nous avons été imités dans beaucoup de villes. Eh bien, je voudrais qu'on fit momentanément à Lille, de la *Réclame antivariolique*.

Que l'on imprime à quelques milliers d'exemplaires et que l'on placarde à profusion dans les rues, dans les ateliers, dans les bureaux des administrations, dans les gares, dans les kiosques de tramways, sur et dans les urinoirs, etc. etc., des affiches de couleur voyante, que l'on renouvellerait selon l'usure et la lacération et qui, en une typographie nette et frappante, feraient lire à tout venant huit ou dix phrases courtes, claires, de style familier. Celles-ci, par exemple, ou telles autres analogues, car je ne tiens pas à mon texte personnel :

## TOUT LE MONDE

ment appelée *petite vérole* ou *riquet* à Lille depuis six *victimes*.

\* \*

unique d'éviter la *petite vérole* les vacciner dès leur naissance ; mes, de se faire revacciner.

\* \*

de l'efficacité de la vaccine, l'enfants non vaccinés qui suc- et aussi cet autre fait que, dans dans toutes les autres, il meurt nes que d'hommes, les hommes 1 régiment.

\* \*

préjugé trop répandu, il n'est de se faire revacciner pendant hasard on se fait revacciner e, on aura la maladie tout de des chances d'être moins dan-

\* \*

provenant de veaux reconnus se, garantit absolument contre vaccine de la tuberculose et de

\* \*

que confère la vaccination au moins six ou sept ans, il n'est cciner les enfants au-dessous de qui ont été revaccinés *avec succès* ns. Cependant en temps d'épi- pas attendre aussi longtemps.

\* \*

ne pas croire que, si l'on a été n a pour six ans de sécurité. En e vaccin n'a pas pris, il est pru- iner tous les trois ou quatre mois nne.

\* \*

prêtait de bonne volonté à ces nie de *variole* serait éteinte en

\* \*

evacciner gratuitement, en tels es heures...

Voilà mon projet d'affiche.

S'il y a des difficultés administratives ou incertitude de savoir laquelle des administrations municipale, hospitalière, préfectorale, prendra l'initiative de cette publicité, eh bien, ma foi, faisons la chose par sous-cription publique ; mais allons vite.

Ce n'est que si ce moyen échoue que nous aurons le droit, administrations et médecins, de nous laver les mains de ce qui arrivera et de dire à nos compatriotes : Vous voulez avoir la *variole* ; ayez-la.

Recevez, mon cher COMBEMALE, l'assurance de mes très cordiales sympathies.

D<sup>r</sup> H. FOÏET,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Sauveur.

### Rapport sur la désinfection par le procédé Clayton à bord des navires

Par MM. les D<sup>rs</sup> A. Calmette, Directeur de l'Institut Pasteur de Lille,  
Membre correspondant de l'Académie de médecine,  
Hautefeuille, Préparateur à l'Institut Pasteur de Lille

Le 27 septembre 1902, nous avons entrepris à bord du vapeur « René », appartenant à M. Noël DUBUISSON et arrivé depuis douze jours d'Oran, avec un chargement d'orge, des expériences en vue de déterminer l'action désinfectante du gaz « Clayton » sur les linges et objets contaminés artificiellement par les microbes pathogènes de la fièvre typhoïde, du choléra et de la peste.

Ces microbes ont été choisis parce qu'ils sont les plus intéressants, au point de vue de la prophylaxie sanitaire maritime.

Nos expériences ont été effectuées avec la collaboration de M. le docteur DURIAU, directeur de la santé du port de Dunkerque, qui s'est chargé d'étudier plus spécialement et en même temps que M. DAVIN, chimiste en chef du ministère des finances, les résultats obtenus en ce qui concerne la destruction des rats et les effets du gaz sulfureux sec sur les diverses marchandises.

Le navire choisi est un bâtiment tout en fer de 1200 tonnes, divisé en deux compartiments. Le compartiment d'arrière, entièrement chargé de marchandises, communiquait par un panneau ouvert avec le salon et les cabines situées sous la dunette. Ce compartiment d'arrière seul a été mis à notre disposition. l'équipage étant occupé à décharger la cale avant.

L'appareil Clayton était placé sur un chaland, le long du bord.

Nous avons préparé à l'Institut Pasteur de Lille des cultures récentes de fièvre typhoïde, de choléra et de peste, qui nous ont servi à imprégner de petites bandes de flanelles. Ces bandes de tissus artificiellement infectées ont été introduites, les unes à l'état sec, les autres à l'état humide, dans des tubes de verre cylindriques, de 30 millimètres de diamètre, préalablement stérilisés, ouverts à leurs deux extrémités et bouchés avec du coton.

D'autres bandes infectées avec les mêmes microbes, les unes sèches, les autres humides, ont été enveloppées dans un double papier buvard stérile, puis dans un carré de flanelle, également stérilisé, et enfin dans un double papier écolier gommé, formant ainsi des Sachets séparés pour chaque espèce de microbes.

Pour chaque série, nous avons réservé un témoin sec et humide. Les témoins, pendant toute la durée de l'opération, sont restés sur le pont du navire, hors de l'atteinte des vapeurs sulfureuses.

Nous avons effectué deux opérations successives, l'une dans la cale arrière communiquant avec le salon de la dunette, l'autre dans une cabine isolée à babord, servant de logement au maître-coq.

**Première opération : cale arrière.** — Nous avons disposé à fond de cale, dans la partie la plus basse du navire, une série de tubes et de sachets renfermant les uns des cultures sèches, les autres des cultures humides de fièvre typhoïde, choléra et peste; une série semblable de tubes et de sachets a été placée à la partie supérieure du faux pont, à tribord, immédiatement à côté du panneau ouvert sur la cale.

Les panneaux du pont ayant été ensuite fermés, on a introduit dans la cale les deux tuyaux d'aspiration communiquant avec l'appareil Clayton.

L'appareil a été mis en marche à 10 heures 55 du matin, le ventilateur aspirant et refoulant vingt-cinq mètres cubes de gaz environ à la minute. Les titrages de concentration du gaz ont été effectués environ tous les quarts d'heure sur la conduite de refoulement, immédiatement à la sortie du réservoir de combustion du soufre.

A 11 heures 55, une heure après la mise en marche, le titrage donnait une concentration de :

7 % d'acide sulfureux

à 12 heures 10	8 % d'acide sulfureux
à 12 — 30	10 % »
à 12 — 40	11 % »
à 12 — 55	14,5 % »
à 1 —	15 % »

A ce moment, nous faisons à l'aide d'un tube de caoutchouc et d'une petite pompe aspirante et foulante en verre, une prise de gaz à la partie la plus élevée du faux pont, tout près du panneau supérieur. Le titrage nous donne seulement 5 %.

Le refoulement du gaz est arrêté à une heure 10, soit 2 heures 15 minutes après le début de l'opération. Deux heures plus tard, à 3 heures 10, on ouvre les panneaux. On aperçoit aussitôt sur le faux pont une vingtaine de rats tués.

A 5 heures, l'aération est suffisante pour permettre de descendre dans la cale et de retirer les cultures. Celles-ci sont soigneusement emballées pour être rapportées le soir même à Lille.

**Deuxième opération : cabine de pont.** — La cabine sur laquelle nous avons expérimenté cubait sept mètres et renfermait deux couchettes garnies de matelas et de couvertures. Nous avons disposé une série de tubes et de sachets sur la couchette supérieure. Ces derniers ont été recouverts d'une couverture de laine brune, pliée en double, et d'un oreiller en balle d'avoine de dix centimètres d'épaisseur environ.

Une petite fenêtre donnant sur le pont nous a servi à introduire l'extrémité du tuyau de caoutchouc servant au refoulement du gaz par l'appareil Clayton. Par la même ouverture, nous avons fait pénétrer deux autres tubes de caoutchouc plus petits qui devaient nous permettre de prélever des échantillons de l'air de la cabine au niveau de chaque couchette, pour vérifier aussi exactement que possible la concentration du gaz sulfureux au voisinage de nos cultures.

L'espace étant très limité, nous n'avons pas fait d'aspiration : nous nous sommes contentés de refouler du gaz dans la cabine.

L'appareil a été mis en marche à 1 heure 33.

A 1 heure 40, le titrage sur le tuyau de refoulement donnait une concentration de 5 %.

Après une demi-heure, à 1 heure 58, la concentration était de 10 %.

A ce moment un prélèvement de l'air à l'intérieur de la cabine nous a donné 8 % au niveau des deux

étions l'appareil et nous laissons eux heures.

Nous faisons une nouvelle prise de Nous trouvons 1,5 % au niveau supérieure et 2,5 % au niveau de la . La diffusion de l'acide sulfureux c très rapidement effectuée : du pris aucune précaution spéciale ticité des fermetures et il existait érieure un trou de 10 centimètres qui servait à l'évacuation des pont et que nous n'avions pas

bine à 4 heures 15; nous pouvons aussitôt et enlever nos tubes et

endemain matin 28 septembre, nstitut Pasteur de Lille à l'ense- ne de nos bandes de flanelle dans n de viande et d'eau peptonée. i même temps les tubes témoins vaient pas subi l'action du bain es ont été portées à l'étuve à 37° ingt-quatre heures, après trois rs. ts :

#### ulfureux sec (gaz Clayton) sur ures microbiennes

	BACILLES DE LA PESTE		VIBRIONS DU CHOLÉRA		BACILLES TYPHIQUES	
	secs	humides	secs	humides	secs	humides
es	0	0	0	0	0	0
iets	0	0	0	0	0	0
es	0	0	0	0	0	0
iets	0	0	0	0	0	0
es	0	0	0	0	0	0
ets	0	0	0	0	0	0
es	+	+	0	+	+	+

ndique que l'ensemencement est t jours d'étuve ; le signe + indient a donné lieu à un développe-

es tubes de bouillon et d'eau avec les linges contaminés et ton sont restés stériles, excepté i le contenu d'un sachet impré- ues à l'état sec et qui avait été nt près du panneau de la cale. panneau du pont supérieur situé ssus étant mal fermé et l'air

extérieur pouvant y pénétrer très facilement, la concentration du gaz à ce niveau n'a pas été suffisante pour assurer sa pénétration à travers les feuilles de papier gommé, la flanelle et le papier buvard qui enveloppaient le linge infecté. Cependant, à côté de ce sachet, nous avons déposé deux tubes contenant l'un une culture typhique sèche, l'autre, une culture humide, avec d'autres tubes et d'autres sachets de choléra et de peste, qui ont été parfaitement stérilisés. Dans les parties profondes de la cale, la désinfection a été absolue. Il en a été de même dans la cabine du pont où l'opération a duré beaucoup moins longtemps et où nous avons pris le soin de déposer des sachets et des tubes sous une couverture et un oreiller. Nous avons été très surpris de constater que ces tubes et ces sachets n'ont donné lieu à aucun développement ultérieur de germes.

Toutes les cultures témoins, excepté celle du choléra desséché, ont poussé abondamment, après vingt-quatre heures d'étuve. Mais on sait que le microbe du choléra à l'état sec est très peu résistant et la dessiccation seule suffit ordinairement à détruire sa vitalité.

**Conclusions.** — Nous devons donc conclure qu' l'emploi du gaz sulfureux sec produit sous pression avec l'appareil Clayton, dans les conditions où nous l'avons employé et avec des concentrations atteignant au moins 8 %, est parfaitement efficace pour la désinfection des navires, lorsqu'il s'agira de rendre inoffensifs des objets souillés par des microbes de la fièvre typholde, du choléra ou de la peste.

Ce procédé permettant de détruire avec certitude tous les rats et les insectes tels que les puces, punaises, cafards ou cancrelats, etc., sans altérer sensiblement les marchandises même les plus délicates, telles que les cuirs et peaux, les céréales, les sucres, les viandes, les fruits et sans causer le moindre dommage aux objets métalliques, ainsi que nous avons pu nous en assurer après beaucoup d'autres expérimentateurs, nous croyons devoir conclure que son adoption s'impose à tous les navires soucieux de sauvegarder la santé de leurs passagers et de leurs équipages.

Il nous paraît nécessaire que tous les services sanitaires maritimes de France soient mis, dans le plus bref délai, en mesure de l'employer pour éviter aux navires marchands les quarantaines de longue durée qui portent le plus grave préjudice au com-



merce international et pour mettre nos ports à l'abri de l'invasion toujours redoutable et actuellement très menaçante de la peste et du choléra.

Les grandes Compagnies de navigation auraient, sans nul doute, le plus grand intérêt à faire installer un de ces appareils à bord de chacune des unités importantes de leur flotte, et les Chambres de Commerce maritimes elles-mêmes trouveraient avantage à s'en pourvoir pour la désinfection et la destruction des rats à bord des petits navires et dans les docks de marchandises.

Nous ferons remarquer toutefois que, pour assurer l'efficacité réelle de ces désinfections, il serait indispensable que chaque opération soit *scientifiquement contrôlée*, ce qui n'a jamais été fait jusqu'à présent avec aucun procédé.

Et voici comment nous comprenons ce contrôle.

Si la désinfection a lieu au lazaret ou en rade, le navire étant chargé ou vide, on aura soin d'ouvrir tous les panneaux des cales et des cambuses et les portes des cabines qui peuvent être mises en communication dans un même compartiment étanche. Seules les ouvertures donnant accès sur le pont ou à l'extérieur seront bouchées.

On placera ensuite dans les parties les plus difficilement accessibles du navire, à fond de cale et dans les cambuses, par exemple, des *tests* ou *témoins* qui serviront à contrôler la pénétration et la concentration suffisantes du gaz sulfureux. Ces tests devront être de deux ordres : les uns seront constitués par des petites cages métalliques contenant un ou plusieurs rats qui devront être trouvés morts à la fin de l'opération ; les autres seront représentés par des *sachets* spécialement préparés par un laboratoire de bactériologie, et renfermant une petite bande de linge artificiellement infectée avec des cultures de peste, de choléra, de fièvre typhoïde ou avec d'autres microbes pathogènes que la désinfection aurait spécialement pour but de détruire et qu'on placera en divers endroits dans les cales et les cabines. Ces sachets entourés de plusieurs doubles de papier stérilisé, pourront être préparés d'avance, et emballés par groupes ou isolément dans de petites boîtes de fer blanc qu'il suffira d'ouvrir pendant l'opération de la désinfection. On les refermera aussitôt, on les scellera avec une bande de lacet ou une ficelle et un cachet de cire, et on les enverra immédiatement au laboratoire de bactériologie du service sanitaire.

On ne devra permettre de toucher aux marchandises et de réoccuper les locaux infectés ou suspects que lorsque, après vingt-quatre heures ou quarante-huit heures au plus, l'ensemencement des sachets dans les milieux de culture appropriés aura démontré que la désinfection aura été efficace.

Pour les navires en cours de traversée, le même contrôle ne sera pas difficile à exercer. On peut presque toujours s'y procurer quelques rats destinés à servir de témoins et, à défaut de rats, des insectes tels que des cafards ou cancrelats que l'acide sulfureux sec, à concentration suffisante, détruit parfaitement. Et quant aux sachets contenant des cultures microbiennes, rien ne serait plus simple que d'obliger les Compagnies de navigation à en emporter un certain nombre dans une boîte métallique soudée que le médecin du bord sera chargé d'ouvrir, lorsqu'on devra faire usage de son contenu. Les sachets témoins ayant servi seraient ensuite remis en boîte et sous scellés au médecin de la Santé chargé d'arraisonner le navire.

Dans les deux cas, que l'opération soit faite en rade ou à la mer, elle devrait toujours être l'objet d'un procès-verbal signé par le capitaine et par le médecin du bord, relatant les conditions dans lesquelles elle aura été effectuée, la concentration moyenne du gaz produit, et l'indication des endroits du navire où auront été placés les rats et les sachets témoins.

On conviendra avec nous que les désinfections de marchandises ou de navires telles qu'elles s'accomplissent actuellement sont la plupart du temps illusoires et qu'elles cesseraient de l'être si l'on rendait obligatoire l'emploi de la méthode de contrôle que nous proposons. La nécessité s'impose d'adopter dans le plus bref délai les mesures réellement efficaces que le Commerce maritime et les médecins sanitaires réclament et qu'ils sont en droit d'exiger.

#### Tétanos chronique d'une durée d'un mois. — Injections de sérum antitétanique. — Guérison.

Par le docteur Ingelrans.

Chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille

Dans la soirée du 1<sup>er</sup> août 1902, un ouvrier menuisier, âgé de 39 ans, d'une excellente santé jusque-là, entre dans un estaminet et s'aperçoit qu'il a peine à desserrer les dents pour boire la chope qu'il s'est fait servir. Surpris, il rentre chez lui, se couche et se réveille le lendemain les mâchoires immobilisées par un trismus intense : ce jour-là, il parvient à les entr'ouvrir assez pour manger un peu, mais le 3 août, il se voit réduit à une alimentation liquide. Cet état persiste jour et nuit, entraînant bientôt l'insomnie, puis l'émaciation progressive par inanition. Au



neuvième jour environ, c'est la nuque, à son tour, qui se raidit, le cou qui devient fixe, un torticolis invincible qui s'installe. Pour un peu, le patient se mettrait définitivement au lit : il a dû naturellement cesser tout travail, ne plus manger que des soupes. Il a été voir un médecin à un moment proche du début, alors que tout diagnostic était impossible. Fatigué d'une situation intolérable et persistant sans nul amendement, il arrive le 14 août à l'hôpital de la Charité de Lille, dans le service de M. le professeur COMBEMALE, que je remplaçais à cette époque, salle Sainte-Odile, lit n° 5.

C'est un homme maigre, à qui sa maladie a encore fait perdre beaucoup de son poids. Ses parents, nous dit-il, sont bien portants : il est lui-même né à Lille, a un frère et une sœur normaux, s'est marié à 28 ans et est devenu veuf après avoir eu trois enfants qui sont en bonne santé. Il travaille dans un atelier de menuiserie immédiatement voisin de l'écurie des chevaux des tramways, détail qui a son importance et que nous n'avons appris que beaucoup plus tard en l'interrogeant sur toutes les causes possibles et supposées de son affection actuelle.

Paul M... est assis sur une chaise auprès de son lit. Il nous parle les dents serrées, la tête immobile, le regard fixe. Il raconte ce qu'on vient de lire et interrompt de temps en temps ses réponses pour appuyer la tête sur sa main, faire une grimace de souffrance et indiquer qu'il ne peut plus parler davantage, à cause d'un spasme douloureux qui le prend à la gorge et cesse après quelques instants.

Le trismus est invincible : la face interne des lèvres et les gencives sont congestionnées, enflammées, par les matières alimentaires en fermentation qui séjournent dans le sillon gingivo-labial après chaque repas, ce qui s'explique aisément si nous disons que le lait ne peut pénétrer dans la cavité buccale qu'aux endroits où manquent des dents et qu'on ne saurait insérer entre les arcades dentaires pas même l'épaisseur d'une carte de visite. De là cette stomatite, causée par un trismus datant de quinze jours, bien loin qu'elle ait déterminé ce trismus, comme on aurait pu être tenté de le croire.

Les dents ne sont pas en mauvais état. En tout cas, aucune carie importante, nulle inflammation périostique notable, pas de douleurs ni de tuméfaction. Bref, rien de suffisant pour expliquer une contracture de cause locale.

D'ailleurs, les sterno-cléido-mastoïdiens sont tendus au maximum et forment corde sous la peau, déterminant un creux sus-sternal d'une profondeur exagérée. La tête est rigide : saisie à deux mains, elle ne se déplace que fort légèrement. Les muscles de la nuque sont durs comme du bois.

Les grands droits de l'abdomen ont, eux, la dureté de la pierre. Le bout de l'index, fortement appuyé dans la région sus-ombilicale, rencontre des ventres musculaires roides et indépressibles. C'est plus que la rigidité cadavérique : on dirait d'un sujet gelé.

Tout ceci constaté, on a vu les symptômes majeurs : les membres supérieurs sont absolument intacts ; le malade marche tout d'une pièce, un peu courbé en avant, s'aidant d'une canne, car il déclare avoir le membre inférieur droit très raide. On le fait coucher : effectivement, ce membre est raide, on le fléchit avec peine. Les muscles antérieurs de la cuisse surtout sont contracturés, mais après trois ou quatre flexions successives, on les vaine et une certaine souplesse renaît pour un instant : cela n'a rien de comparable à la rigidité des grands droits ou des sterno-mastoïdiens.

La température est de 37°1 ; une autre fois, c'est 36°9 ou 37°, en un mot, pas de fièvre : nous n'en avons jamais rencontré. Le cœur bat régulièrement aux environs de 80. Les sensibilités générale et spéciale paraissent intactes. Pas de signe de KERNIG. Intelligence normale.

Cet examen ayant été pratiqué le 15 août, après que nous eûmes constaté l'intégrité des réflexes cornéens et pharyngé et une certaine trépidation épileptoïde du pied droit, le diagnostic de tétanos fut porté. Le lendemain, désireux de vérifier l'état de la bouche, puisqu'on ne trouvait aucune porte d'entrée sur le tégument externe, nous avons anesthésié le malade au chloroforme jusqu'au sommeil le plus profond et résolution complète. Les contractures n'ont pas cédé d'un pouce, contrairement à ce qu'on enseigne qui se passe dans le tétanos.

Le 17 août, la situation est identique à celle des jours précédents. Le patient souffre toujours des spasmes pharyngo-œsophagiens déjà signalés : il se plaint d'une constipation opiniâtre. On donne une purgation.

Ce jour-là, il est couvert de sueurs profuses. La sudation existait déjà les jours précédents, mais point à ce degré. L'hyperidrose est généralisée et sans trêve : la chemise du malade est trempée. En outre, le peaucier du cou se prend à son tour : la jambe gauche s'enraidit aussi.

Toujours les cordes saillantes des sterno-mastoïdiens, toujours même dureté du ventre et même rigidité de la cuisse droite. Ni le bruit, ni la lumière n'ennuient le malade. Il a uriné 950 cent. cubes d'un liquide clair comme de l'eau, sans albumine, ni sucre. Opisthotonos : les reins du malade ne reposent pas sur le lit. L'infirmier a dû glisser un oreiller par-dessous.

A midi, j'injecte 30 c.c. de sérum antitétanique sous la peau, au niveau du rebord costal.

18 août. — A 9 heures du matin, l'état est indéniablement beaucoup meilleur. La nuit a été bonne ; le trismus s'amende, les sterno-mastoïdiens et les grands droits se détendent. Tous ceux qui ont vu le malade vingt heures auparavant constatent cette amélioration tout à fait évidente.

De nouveau 30 c.c. de sérum.

19 août. — Température du matin 37°. Les sueurs profuses continuent. Le clonus du pied persiste à droite et se produit à gauche. La jambe gauche est douloureuse et le malade ne se plaint plus d'aucune autre part.

Le 20 août, le bout de l'index peut passer entre les arcades dentaires. Les sterno-mastoïdiens et les droits sont toujours déraidis : le membre inférieur droit est toujours contracturé. Pas d'injection de sérum.

21 août. — Les grands droits redeviennent contracturés comme auparavant.

22 août. — Même état. Injection de 30 cent. cubes de sérum.

23 août. — Le malade passe le petit doigt entier entre les dents.

La jambe droite est moins douloureuse et moins raide. Les droits sont contracturés.

24 août. — Grande amélioration. La bouche s'ouvre largement : le malade marche toujours avec une canne, mais presque sans difficulté. L'alimentation solide devient possible.

Cet état persiste en s'améliorant à partir du 25 août et le 1<sup>er</sup> septembre, le malade sort guéri.

I. — Cette observation se rapporte-t-elle à un cas de tétanos ? Nous pensons qu'il n'y a aucun doute à avoir à cet égard.

Naturellement, il s'agit d'un tétanos chronique. Cette forme peut durer plus d'un mois et admet d'assez grandes chances de guérison. L'invasion en est sans éclat (VAILLARD). Les accidents sont modérés, à extension graduelle et limitée. Les membres supérieurs échappent à la contrac-

ture. La température demeure normale, ainsi que le pouls et la respiration. Cela dure des semaines et se termine tantôt par la mort, tantôt par la guérison. Le tétanos chronique tuerait les trois cinquièmes ou la moitié des sujets ; les chances de guérison augmentent avec la durée de l'affection, et à partir de quinze jours ou trois semaines, la guérison est presque la règle.

Au début, l'hystérie, dans le présent cas, aurait pu être incriminée. Mais que de signes en faveur du tétanos ! L'opisthonos qui s'est montré pendant plusieurs jours, la constipation, les sueurs profuses, la trépidation épileptoïde, le début par le trismus, l'intégrité des sensibilités et des réflexes, les spasmes pharyngiens à redoublement, enfin, et surtout, la persistance sans nul changement des contractures pendant le sommeil chloroformique le plus profond. Ce dernier point suffit à lui seul à éliminer l'hystérie. Eût-il fait défaut que cela n'eût d'ailleurs rien pu changer au diagnostic, car on sait qu'en thèse générale la narcose chloroformique poussée à un degré profond fait cesser toutes les contractures. Ici, notre sujet a fait exception à la règle générale et ce hasard permet d'étayer le diagnostic tout à fait solidement.

Nous insistons sur ce que notre tétanique constitue une exception à la règle générale qui veut que le chloroforme fasse cesser toutes les contractures non accompagnées de rétractions. Au point de vue particulier du tétanos, COURMONT et DORON ayant administré de grosses doses de chloroforme au lapin, au chien, à l'homme tétaniques, ont vu que les contractures cèdent, mais parfois incomplètement ; certains muscles ne retrouvent pas toute leur souplesse. L'effet général est cependant frappant : diminution considérable ou disparition des contractures. GOLDSCHIEDER a repris les expériences de ces auteurs sur les souris. Les contractures cèdent complètement par l'administration du chloroforme et reparaissent avant que l'animal soit complètement réveillé.

Eh bien, notre tétanique a eu du chloroforme autant qu'il lui en pouvait être donné sans danger. La narcose complète a été obtenue, les contractures ont persisté telles quelles. Nous notons ce fait en passant.

N'y ayant point lieu de parler d'hystérie, fallait-il soupçonner une méningite cérébro-spinale, maladie dont des cas sporadiques surgissent de temps à autre, surtout après une épidémie comme celle de ces dernières années ? Il en existe des cas apyrétiques, c'est vrai, mais d'autre part, le signe de KERNIS y fait rarement défaut et notre malade ne le présentait pas. La céphalalgie et l'hyperesthésie faisaient totalement défaut ; ni herpès, ni troubles sensoriels, ni érythème, ni aucune des complications si fréquentes dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques. Il y a bien plus de signes en faveur du tétanos chronique dans l'observation ici en question.

Le trismus et la dysphagie peuvent relever d'une angine, d'une stomatite, de l'évolution de la dent de sagesse, d'une inflammation des alvéoles, d'une parotidite, d'un phlegmon rétro-pharyngien, d'une arthrite temporo-maxillaire, d'une arthrite cervicale supérieure. Est-il besoin de dire que rien de tel n'était à incriminer, que la stomatite observée était secondaire et dépendait de fermentations provenant de la difficulté d'écartement des mâchoires. D'ailleurs, les contractures se sont montrées envahissantes, l'abdomen et les membres inférieurs ont été pris, et cela tranche la question. Un empoisonnement ne peut être mis en cause. Le malade n'avait pris aucun médicament.

Ainsi, c'est bien un tétanos chronique, de ceux qu'on appelait jadis médicaux ou spontanés, car on en ignore la porte d'entrée. Cependant une notion étiologique peut être invoquée chez notre sujet : c'est un menuisier et journellement il avait occasion de s'enfoncer dans les mains des échardes et des fragments de bois. Or, son atelier est situé à côté même de l'écurie des chevaux des tramways. On n'ignore pas qu'avec de la poussière de foin, on donne le tétanos à la moitié des lapins inoculés (PEYRAUD), et que les excréments du cheval contiennent le bacille tétanique, qui trouve dans l'intestin de celui-ci, où l'oxygène fait défaut, un milieu propice à sa culture (SANCHEZ-TOLEDÓ et VEILLON). De là, la présence du bacille dans le fumier et la possibilité de sa transmission au voisinage des écuries, chez les sujets qui se blessent avec des objets souillés de terre provenant de ces endroits.

II. — Le sérum antitétanique a-t-il quelque part à revendiquer dans la guérison du malade ?

Il n'est pas possible de formuler de conclusion ferme à cet égard. Cet article n'est pas intitulé : guérison d'un cas de tétanos chronique par le sérum, mais simplement : injection de sérum, guérison. C'est à dessein, car si nous pensons que le sérum a amené une forte amélioration, nous ignorons si, sans cette médication, le malade eut guéri ou non.

En effet, le tétanos chronique ne tue que les trois cinquièmes ou la moitié des sujets et la guérison serait presque la règle quand le tétanos a duré quinze jours ou trois semaines.

Or, le dix-septième jour au matin, sans aucune médication mise en œuvre les deux jours précédents, l'opisthonos faisait son apparition et les contractures envahissaient la jambe gauche jusque-là indemne. Une première injection de sérum est pratiquée et vingt heures après, l'amélioration est considérable. Nul ne peut dire si, en l'absence de sérum, les accidents ne se seraient point exagérés à partir de ce dix-septième jour et n'auraient point pris la forme aiguë pour aboutir rapidement à la mort, comme le fait s'observe fréquemment au cours du tétanos chronique.

Nul ne peut le dire, mais ce qui est indéniable, c'est qu'après la première injection, l'amendement des symptômes a été considérable : masséters, grands droits de l'abdomen et sterno-cléido-mastoldiens se sont fortement relâchés. Alors, le 18 août, on injecte de nouveau 30 cent. cub. de sérum antitétanique. Le 19 et le 20 août, la situation s'améliore encore : on peut passer le doigt entre les arcades dentaires qui, trois jours auparavant, restaient encore énergiquement serrées au cours d'une anesthésie chloroformique complète.

Ce 20 août, l'état est tel que nous jugeons inutile d'injecter de nouveau du sérum. Le lendemain, la contracture des grands droits reparait : alors, injection nouvelle de 30 cent. cub., et quarante-huit heures après, la guérison est quasi-totale. Quatre-vingt-dix cent. cub. de sérum avaient été ainsi injectés en tout et nous avons la conviction clinique qu'ils ont été des plus utiles à notre tétanique.

On objectera avec raison que ce n'est pas là une certitude : d'accord, et il ne peut être question d'affirmation précise. On objectera aussi que le sérum antitétanique n'est que préventif et qu'on ne peut guérir le tétanos confirmé par des injections sous-cutanées. Il ne faut cependant pas oublier que le sérum, injecté dans les premières heures qui suivent l'inoculation de la toxine à l'animal, transforme un tétanos généralisé mortel en tétanos local curable. Il faut en outre ne pas négliger les conclusions auxquelles est arrivé TSUZUKI (*Archives de pharmacodynamie*, t. VIII, p. 19, 1901) et que voici résumées :

L'injection sous-cutanée de sérum antitétanique a un pouvoir curatif : 1° dans le cas d'une intervention très précoce; 2° par l'administration d'un grand nombre d'unités antitoxiques; 3° par le choix d'un lieu d'injection tel que l'antitoxine puisse agir directement sur le lieu d'infection; 4° dans les tétanos dont l'infection est telle que la dose mortelle est à peine dépassée.

Cette dernière conclusion est à retenir, car il va de soi que, dans le tétanos chronique, la quantité de poison circulant est moindre que dans les cas aigus. Peut-être, chez notre homme, la dose mortelle n'aurait-elle jamais été atteinte et a-t-il guéri seul. C'est possible : en tout cas, il a été fort amélioré. Peut-être cette dose mortelle était-elle ou aurait-elle été à peine dépassée et on rentre alors dans la quatrième hypothèse précitée, à savoir que dans ces conditions le sérum a un pouvoir curatif expérimentalement démontré.

« Souvent, dit M. VALLAS (*Congrès de chirurgie de Paris*, octobre 1902), les auteurs signalent une amélioration immédiate et une sédation des contractures à la suite des injections. Bien que le fameux sophisme : « Post hoc, ergo propter hoc », soit toujours à craindre, il est bien difficile de ne pas être ébranlé par des observations nombreuses, faites dans tous les pays par des auteurs

différents et arrivant néanmoins à des conclusions identiques ».

Supposons, dit le même auteur, un tétanos à évolution lente. Le malade, soumis au traitement ordinaire par le repos et le chloral, résiste bien aux premières atteintes de son affection. Tout porte à croire qu'il va guérir, lorsque, brusquement, une exacerbation se produit : les contractures augmentant d'intensité, les crises convulsives deviennent plus fréquentes, la température s'élève et ce retour offensif emporte le malade. En pareil cas, la sérothérapie aurait pu sauver le blessé. Celle-ci, malgré son inefficacité bien reconnue contre le tétanos confirmé, est cependant capable d'améliorer la statistique en la dégageant de tous les cas à évolution lente, susceptibles de tuer par attaques successives. Elle agit par la neutralisation du foyer tétanique.

Dans la *Gazette hebdomadaire* du 25 novembre 1897, M. BOINER a publié un cas analogue au nôtre. Son malade est pris de contracture des masséters, puis des sterno-mastoldiens, des grands droits, des muscles des jambes, etc., le tout sans fièvre. Il n'entre à l'hôpital que huit jours après le début. Le patient est hyperesthésique : on peut le soulever d'une seule pièce. On injecte 20 c. c. de sérum : deux jours après, les contractures diminuent. A partir du lendemain, on injecte 10 c. c. pendant huit jours consécutifs et le malade sort guéri.

M. BOINER conclut que la sérothérapie aura d'autant plus de chances de réussir que la marche du tétanos sera plus lente, parce que l'intoxication progressive et graduelle des éléments nerveux laisse au sérum le temps d'agir. Il rappelle quarante-deux cas de guérison du tétanos confirmé par l'emploi de l'antitoxine et déclare qu'il est utile de multiplier les injections pour obtenir un résultat : dans son cas personnel, il a injecté 100 c. c. de sérum.

Nous ne voulons pas faire dire au fait que nous présentons plus qu'on n'en peut tirer. En injectant 90 c. c. de sérum antitétanique dans un cas chronique, nous pensons avoir obtenu une amélioration des plus nettes, si même la guérison n'a pas été due à cette médication, la seule qui ait été mise en œuvre.

FAUSTO et GODINHO (*Presse médic.*, 20 sept. 1902) viennent de faire connaître un cas de guérison de tétanos traumatique par injections intra-rachidiennes de sérum antitétanique. Leur article a paru après la sortie de notre malade : nous aurions peut-être usé de cette méthode, facile à mettre en œuvre, si elle avait fourni des résultats entre les mains de SICARD, qui l'a utilisée en 1898 (*Soc. de biologie*, 12 nov.), ainsi qu'entre celles de JABOULAY (*Lyon médical*, 1898) et d'HEUBNER. Ce n'est donc point une méthode nouvelle. Il serait peut-être nécessaire d'y revenir, en présence du résultat encourageant obtenu par FAUSTO. Dans son observation, la malade avait des contractures, des sursauts

tendineux, et des secousses musculaires qui augmentaient au moindre bruit : les sueurs étaient considérables. La méthode de BACCELLI fut essayée et ne donna rien, tandis que la guérison fut obtenue en un mois après injection, en sept fois, de 65 cent. cub. de sérum dans l'espace sous-arachnoïdien. Dans un second fait, la mort survint, mais les contractures s'étaient fort amendées sous l'influence de cette thérapeutique.

C'est une question à reprendre, d'autant que d'ANCONA (*Gaz. degl. osped.*, 24 nov. 1901) a également publié deux cas de tétanos guéris par injection sous-arachnoïdienne de sérum antitétanique. Il faut pourtant savoir que les observations allemandes, relatives à cette méthode, sont peu favorables à celle-ci et que M. VALLAS déclare que, malgré le petit nombre de cas, elle est à rejeter. Cet auteur conclut qu'en face d'un tétanos déclaré, la sérothérapie constitue encore notre ressource la plus précieuse et qu'on doit employer la voie sous-cutanée et, pour quelques indications exceptionnelles, l'injection intra-veineuse. Le chloral et l'acide phénique ne peuvent être considérés que comme des auxiliaires destinés à agir sur les contractures. Nous n'avons pas cru trouver d'indication formelle à leur emploi dans le cas que nous venons de rapporter.

## Consultations Médico-Chirurgicales

### Ophtalmie purulente des nouveau-nés

Docteur E. PAINBLAN.

**INFORMATIONS CLINIQUES.** — Un nouveau-né, le deuxième ou troisième jour après sa naissance, présente sur un seul œil d'abord, rarement des deux côtés à la fois, un gonflement rosé des paupières qu'il ne peut ouvrir ; si on les écarte, ce qui est encore facile, on voit sourdre une sérosité citrine, très fluide et, dans le fond des culs-de-sac nagent quelques filaments de muco-pus.

En quelques heures, le gonflement et la rougeur augmentent énormément ; les paupières supérieures font saillie en avant de l'orbite et la peau est violacée ; la conjonctive palpébrale, très rouge, irrégulière, saigne abondamment au moindre contact ; quelquefois elle est recouverte d'un enduit couenneux qui s'enlève facilement.

Bientôt la sécrétion purulente devient jaune verdâtre, épaisse, crémeuse ; elle s'écoule abondamment le long des joues ; forme des croûtes, agglutine les paupières. La cornée est entourée d'un chémosis épais qui l'enclasse. Celles-ci ne se laissent retourner que très difficilement ; si on les écarte sans précaution, un jet de pus peut être projeté avec force à une certaine distance.

Dans les cas simples, l'affection persistera avec ces symptômes plus ou moins accentués, environ une quinzaine de jours ; puis peu après le gonflement et la sécrétion diminueront ; mais il restera longtemps sur la conjonctive des plis et de gros bourgeons saillants. Mais fréquemment, et surtout si un traitement rationnel n'est pas appliqué, apparaitront du septième au neuvième jour, plus tôt dans les formes foudroyantes, les complications cornéennes.

La cornée, continuellement baignée dans le pus, se desquame, présente d'abord un trouble léger, puis une ulcération jaunâtre, centrale ou périphérique, qui creuse rapidement et aboutit à la perforation. Ou bien un sillon se creuse sur toute la périphérie, la membrane ne peut plus vivre et se détache en totalité à la manière d'un verre de montre désenchassé.

Ces diverses lésions cornéennes laisseront à leur suite des leucomes adhérents, des staphylomes sclérocornéens, etc. ; parfois l'œil entier suppurera et sera réduit à un simple moignon fibreux.

**INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES.** — L'ophtalmie purulente des nouveau-nés est due, dans l'immense majorité des cas, au gonocoque. C'est une maladie infectieuse et contagieuse, contre laquelle il faut intervenir énergiquement et rapidement, sitôt le diagnostic posé.

Les indications sont : α) D'empêcher la stagnation du pus qui encombre les culs-de-sac conjonctivaux et baigne incessamment la cornée ; β) de faire l'antisepsie de la conjonctive ; γ) de tâcher de diminuer le gonflement des paupières et le chémosis qui enclasse la cornée ; δ) de soigner les lésions cornéennes, si elles se sont produites ; ε) d'empêcher la propagation à l'autre œil, s'il est demeuré sain jusqu'alors.

D'autre part la contamination se faisant surtout par les sécrétions vaginales au moment de la naissance ou peu après par des linges souillés ou des mains malpropres, le traitement prophylactique aura la plus grande importance.

**TRAITEMENT.** — Le traitement, on le pressent, est curatif et prophylactique.

**TRAITEMENT CURATIF.** — Le traitement curatif répond surtout aux deux premières indications : d'empêcher la stagnation du pus et de combattre la pullulation du germe causal ; il consiste surtout en grands lavages et cautérisations.

**Lavages.** — Fréquemment dans la journée, toutes les heures même, si la suppuration est abondante, faites un grand lavage des culs-de-sac conjonctivaux avec une solution antiseptique.

Permanganate de potasse. . . . . 25 cgr.  
Eau distillée . . . . . 500 —

L'enfant est tenu renversé sur le dos par un aide assis en face de vous, incliné sur lui et qui maintient solidement le corps et les mains. Immobilisez bien la tête entre vos genoux garnis d'une serviette. Avec des tampons de ouate hydrophile trempés dans la solution, lavez préalablement l'extérieur des paupières et les bords palpébraux, puis appliquez le pouce ou l'index de chaque main sur les paupières gonflées; **ne tirez pas brusquement**; un flot de pus pourrait jaillir jusque dans vos yeux et vous contagionner; au contraire, **écarterez graduellement**; la muqueuse tuméfiée fera de plus en plus hernie et se présentera tout entière à l'exploration: **Etanchez vigoureusement tout le pus épanché** dans les culs-de-sac conjonctivaux; faites couler une certaine quantité de liquide soit avec le tampon, soit mieux avec une poire ou une seringue.

Si vous avez à votre disposition un **écarteur-laveur** (releveur à bord muni de trous et à manche creux qu'on adapte à un irrigateur), le lavage en sera singulièrement facilité; vous n'aurez pas à retourner la paupière, et en introduisant sous elle l'écarteur, vous pourrez faire passer facilement une plus grande quantité de liquide et déplier plus complètement encore les culs-de-sac.

**Cautérisations.** — Une fois par jour, même deux fois, si la suppuration est abondante, vous cautériserez la muqueuse conjonctivale avec la solution de **nitrate d'argent** à un pour vingt ou même à un pour dix, récemment préparée et conservée dans un flacon coloré.

L'enfant maintenu, comme il a été dit plus haut, faites comme tout à l'heure: retournez les paupières à fond, ce qui n'est pas toujours facile; **essuyez bien la conjonctive**; maintenez les paupières avec les deux doigts ou avec le secours de l'aide qui se chargera de la paupière inférieure; passez alors le pinceau-blaireau, imbibé de la solution de nitrate d'argent, sur les deux bourrelets de la muqueuse, lesquels, adossés, empêcheront le liquide caustique de fuir jusqu'à la cornée.

Neutralisez alors en passant un pinceau imbibé d'**eau salée**, ou lavez pour **entraîner l'excès de caustique** avant de lâcher les paupières.

Vous pourrez aussi retourner les paupières successivement et les cautériser l'une après l'autre, vous éviterez ainsi d'avoir recours à l'aide et vous atteindrez mieux le cul-de-sac.

En suivant cette pratique, ce n'est que très rarement que vous devrez recourir au débridement de l'angle externe des paupières.

a) Quand la sécrétion purulente diminuera, vous pourrez **abaisser le taux de la solution de nitrate d'argent** à un pour cinquante ou un pour cent.

β) Quant elle aura presque complètement disparu, vous cesserez le nitrate d'argent et vous prescrirez un collyre au **sulfate de zinc** à deux centigrammes pour dix ou au **protargol** à 50 centigrammes pour dix.

**TRAITEMENT DES COMPLICATIONS.** — C'est à des lavages et des cautérisations que se réduit le traitement curatif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Des complications surgissent parfois, exagération de phénomènes réactionnels habituels ou propagation à des tissus ou organes plus importants; la thérapeutique est alors différente.

a) *Gonflement des paupières et chémosis.* — Contre le gonflement des paupières et le chémosis, s'ils sont très accentués, vous pourrez faire de multiples **scarifications** de la conjonctive avec des ciseaux à pointes mousses.

b) *Lésions cornéennes.* — Le retournement des paupières, tel qu'il doit être pratiqué pour le lavage et la cautérisation, ne permet pas de voir la cornée. Pour la découvrir, servez-vous d'écarteurs; ou bien rapprochez les deux index des bords palpébraux, accrochez avec l'ongle le bord des paupières et écarterez-les doucement en les faisant glisser en haut et en bas, sans leur permettre de se retourner. Vous découvrirez ainsi très bien la cornée; surveillez-la, ses lésions marchent quelquefois vite, et surtout chez des enfants chétifs ou nés avant terme, sa destruction peut être rapide.

α) *Il existe des lésions de la cornée.* — Les grands **lavages** doivent être vigoureusement continués, puisqu'il y a à craindre surtout l'action du pus septique baignant sans cesse la plaie cornéenne.

Continuez aussi les **cautérisations**, mais exagérez encore les précautions destinées à éviter le contact direct du nitrate d'argent avec la cornée lésée.

Le médicament important est ici l'iodoforme. Sous son influence, la cornée opacifiée s'éclaircit souvent notablement. Insufflez ou projetez directement sur la cornée à l'aide d'un petit pinceau, un peu d'**iodoforme finement porphyrisé**, une fois par jour, le matin. Introduisez le soir, entre les paupières, avec un bout de papier roulé, gros comme un grain de blé de la pommade:

Iodoforme . . . . . 1 gr.  
Vaseline . . . . . 10 gr.

Si la cornée est fort avariée, s'il y a tendance à la perforation, le collyre à l'**ésérine** et le **bandeau compressif** trouveront leur indication.

*Propagation à l'œil resté sain.* — Si un seul œil est pris, ce qui est la règle du moins au début, employez tous vos efforts à le préserver de l'infection imminente. **Évitez de toucher l'œil sain** avec des doigts qui viennent de panser l'œil malade et qui ne sont pas lavés, avec des éponges ou des

linges servant à l'œil atteint d'ophtalmie. **Couchez l'enfant toujours du côté malade** afin d'éviter que les liquides septiques, passant par dessus la racine du nez, ne coulent de l'œil malade jusqu'à l'œil sain.

Enfin vous pouvez recouvrir l'œil atteint à d'un **monocle isolateur**, constitué par un tampon d'ouate hydrophile sec, maintenu par une bande.

**TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.** — Le traitement prophylactique a un rôle capital et doit être institué toutes les fois que l'on soupçonne une contamination possible. Dans les maternités où il est bien appliqué, il a fait tomber la proportion des ophtalmies de quatre à six pour cent à 0,1 pour cent. Les ophtalmies qui surviennent malgré la prophylaxie ne sont que rarement graves et n'attaquent pas ordinairement la cornée.

Il consistera en ces trois points :

a) Veiller à la désinfection soigneuse et complète des mains, des linges, des objets de pansement.

b) Désinfecter le vagin de la mère avant l'écoulement et surtout au commencement du travail par des injections de sublimé ou de permanganate.

c) Aussitôt après la naissance, avant même la section du cordon ou au moins avant le bain, c'est-à-dire le plus vite possible, essuyer les yeux avec un tampon d'ouate hydrophile trempé dans l'eau boricuée ou le sublimé faible (1 pour quatre mille) ; puis, instiller entre les paupières entr'ouvertes, une goutte du collyre au nitrate d'argent à 1 pour cent ou 1 pour cent cinquante. Ou bien insuffler un peu de poudre d'iodoforme finement pulvérisée.

Eviter que l'eau du bain ne touche les yeux de l'enfant.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

Les Chirurgiens des Hôpitaux de province, réunis en Assemblée générale, le mardi 21 octobre 1902, à la faculté de médecine de Lille prient M. le Ministre de l'Intérieur :

1<sup>o</sup> de vouloir bien notifier aux Préfets et aux Commissions administratives des Hospices de France, des colonies et des pays de protectorat la délibération du Conseil supérieur de l'Assistance publique en date du 12 juin 1902 ;

2<sup>o</sup> d'inviter lesdites Administrations à mettre leur règlement en concordance avec cette délibération.

En second lieu, la réunion s'associe à la campagne que poursuivent les Sociétés de Défense professionnelle et les Syndicats médicaux en vue d'obtenir la révision de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898.

Ces conclusions sont mises aux voix et votées à l'unanimité.

### UNIVERSITÉ DE LILLE

— Le Journal du Gouvernement du royaume de Grèce

contient dans son numéro du 5/18 septembre 1902 un décret royal du 6/19 juillet 1902 nommant, sur la proposition du Ministre des Cultes et de l'Instruction publique et conformément à la présentation de l'Ecole de médecine de l'Université nationale d'Athènes, M. GÉRASIME PHOCAS, professeur de clinique chirurgicale,

Notre collègue abandonne à Lille une situation acquise importante pour une chaire non moins importante. L'attrait exercé sur l'esprit de M. PHOCAS par la chaire de clinique chirurgicale explique cette détermination, qu'entrevoient depuis près d'un an plusieurs de ses collègues, et qui prive la Faculté d'un agrégé qui avait eu en treize ans l'occasion de rendre quelques services. Tous nos vœux de succès accompagnent en son pays d'origine notre collègue le docteur PHOCAS.

— Dans sa séance du 8 octobre, la Société française d'histoire de la médecine a élu membre notre excellent collègue, le professeur H. FOLET. Nous adressons à notre cher collaborateur toutes nos félicitations pour cette distinction.

— Les Palmes académiques ont été décernées dimanche dernier, à l'occasion de la distribution des récompenses de l'Exposition de Lille, à M. Théodore CLERQUIN, directeur de l'imprimerie LE BIGOT frères et gérant de l'*Echo Médical du Nord*. Nous adressons à M. CLERQUIN nos meilleures félicitations et applaudissons à la distinction qu'on lui accorde en reconnaissance de longs et loyaux services indirectement rendus à l'Université.

— Le secrétaire de la Commission des Hospices, M. BRUNIN, au moment de prendre sa retraite, a reçu académiques. Nous sommes heureux de lui rendre cette distinction, méritée plus par sa diligence que par sa sympathie pour l'Université.

— Le lundi 17 novembre 1902, à 9 heures, le Concours pour la collation de deux Bacheliers de Médecine et une Bourse de Pharmacie sera ouvert à la Faculté.

Sont admis à concourir tous les étudiants ayant accompli au moins une année d'études à la Faculté, ou au moins un semestre de Nord, ou s'ils n'en sont pas contractés par écrit l'engagement d'y exercer médecine ou la pharmacie suivant le cas.

Les épreuves du Concours consisteront : 1<sup>o</sup> pour laquelle il sera accordé trois heures ; 2<sup>o</sup> pour laquelle il sera accordé un quart d'heure (après 1/4 d'heure sujet sera tiré au sort).

Les épreuves porteront sur les matières que les candidats auront respectivement étudiées pendant l'année scolaire 1901-1902.

Les candidats devront se faire inscrire à la Faculté avant le 11 novembre 1902.

— Nous relevons dans les dernières m



santé militaire, les désignations suivantes qui intéressent notre région. M. le médecin aide-major de 1<sup>re</sup> classe VORBE, est nommé au 110<sup>e</sup> d'infanterie à Dunkerque ; M. le médecin aide-major de 1<sup>re</sup> classe DUPUICH est maintenu au 3<sup>e</sup> chasseurs à cheval à Abbeville (Somme).

#### SOUTENANCE DE THÈSE

M. J.-F. HAUTEFEUILLE, de Gravelines (Nord), licencié ès-sciences, pharmacien de 1<sup>re</sup> classe, préparateur à l'Institut Pasteur, interne provisoire des Hôpitaux, a soutenu, avec succès, le samedi 25 octobre, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 95), intitulée : **Valeur antiseptique du lysol.**

#### HÔPITAUX DE LILLE

Par décision ministérielle la Médaille des épidémies (argent) a été décernée à M<sup>me</sup> DUBOIS, en religion sœur MARIE-DENISE, supérieure de l'hôpital de la Charité ; la médaille de bronze à M<sup>me</sup> COUVREUR, en religion sœur ANATOLIE, attachée au même établissement, en raison de leurs services dans plusieurs épidémies, et notamment dans l'épidémie de variole actuelle.

Nous adressons à ces humbles et dévouées auxiliaires du corps médical toutes nos félicitations pour les distinctions qui leur sont accordées.

#### UNIVERSITÉS DE PROVINCE

**Grenoble.** — M. le docteur BERLIOZ, professeur de bactériologie théorique et pratique, est mis, sur sa demande, en congé pour l'année scolaire 1902-1903. M. le docteur LÉPINE, chef des travaux de physiologie, est chargé à sa place du cours de bactériologie théorique et pratique.

**Reims.** — M. HENRY, chef des travaux de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est chargé pour 1902-1903 des fonctions de suppléant de la chaire de chimie, en remplacement de M. PONT.

#### Notre Carnet

Le docteur MANOHA, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe de l'armée, secrétaire du Conseil de santé du 1<sup>er</sup> corps, nous fait part de la naissance de son fils PISARE. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

— Le docteur Etienne BRETON, de Saint-Amand-les-Eaux (Nord), nous fait part de la naissance de son fils ANDRE. Nous lui adressons nos meilleurs vœux pour la mère et l'enfant.

#### Nécrologie

célébrées à Hesdin (P.-d.-C.), comme mérites du docteur BRULLE, ancien : Paris, chevalier de la Légion d'honneur, était un de ces médecins qui honorent l'union des qualités du cœur aux dons de l'esprit. Lettré, s'intéressant aux arts distingués, le docteur BRULLE avait, ces, meubles, etc... qu'il collectionnait dans le cours de sa carrière, les éléments d'une collection d'insectes, particulièrement et d'une collection de conchyliologie

dont s'enorgueilliraient bien des musées universitaires. Il se proposait d'achever le classement de ses collections à ses moments perdus, quand la mort est venue le surprendre à 72 ans, en pleine activité scientifique et professionnelle. Le 5 octobre, souffrant déjà, il se faisait, d'autorité, conduire par son fils au chevet d'un de ses malades pour y assister à une consultation. Le lendemain on le descendait de voiture, définitivement terrassé par la maladie, et, quelques ours plus tard, il mourait au milieu des regrets unanimes de ses parents, de ses confrères, de ses clients et, j'ajoute, des malheureux dont il était la providence.

H. S.

— Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs LEDOUX-LEBARD, de Paris ; CHAUVET, de Tours (Indre-et-Loire) ; SARRET, de Goncelin (Isère) ; ARCHIPOFF, de Lorrès-le-Bocage (Seine-et-Marne).

#### Vient de paraître :

**Consultations médico-chirurgicales, 1<sup>re</sup> série**, par le docteur F. COMBEMALE, avec la collaboration de MM. AUSSET, CHARMEIL, CAUMARTIN, DUBAR, FOLET, GAUDIER, INGELRANS, DE LAPERSONNE, LE FORT, PÔTEL, QUI, SURMONT, chez O. DOIN, 8, place, de l'Odéon, Paris, 1902 : 6 francs ; par poste, 0,60 c. en plus.

Les lecteurs de l'*Echo médical du Nord* savent que depuis près de deux ans ont paru dans ce journal des consultations très étudiées sur divers sujets de clinique médicale, chirurgicale, obstétricale et de cliniques spéciales. Nombre d'entr'eux ont bien voulu nous dire combien ils appréciaient cet effort d'avoir mis à la portée du plus grand nombre, étudiants et praticiens, le traitement raisonné de quelques maladies. Certains même ont manifesté le désir de voir réunies en un volume portatif ces consultations éparses dans près de cent numéros de journal, et par suite difficiles à retrouver au moment opportun. C'est à ce désir que les auteurs de ces Consultations ont cru devoir répondre en publiant ce volume. Ceux qui en ont apprécié les qualités et articles de journal, retrouveront ici ces mêmes qualités. Ils verront qu'à des informations cliniques, généralement restreintes au tableau clinique, succèdent dans chaque consultation un exposé des indications suivant les cas pathogéniques ou cliniques, réduit à son minimum, et qu'enfin le traitement prend la place capitale, avec les subdivisions nécessaires. On y explique pourquoi on préfère le traitement préconisé à tout autre, pourquoi on rejette telle thérapeutique, on y désigne ce qu'il ne faut pas faire ; bref, on se montre praticien, et non majestueux innovateur et inventeur.

Le régime lacté, les lavements alimentaires, l'alcoolisme aigu, les fièvres éruptives en général, la syphilis, la coqueluche, l'asthme, la plupart des maladies pulmonaires, la chlorose, l'angine de poitrine, l'apoplexie, l'épilepsie, les convulsions, les gastro-entérites sont particulièrement traités ainsi que l'acné, le psoriasis, et en chirurgie les écrasements des membres, les phlegmons de la main, la coxalgie, les hémorrhoides, les hémorrhagies utérines, l'appendicite, l'occlusion intestinale, les otites moyennes, les blessures de l'œil par explosion, la carie dentaire, les accidents de la dent de sagesse, la délivrance naturelle, la délivrance anormale.

En vente : chez LE BIGOT frères, imprimeurs, 25, rue Nicolas-Leblanc, Lille.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES.** — L'*Emulsion Marchais* est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration. De 3 à 6 cuillères à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.

D<sup>r</sup> Ferrand. — *Trait. de méd.*)

**RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX**  
**NEUROSINE PRUNIER**  
(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT  
5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT  
pour les ÉTUDIANTS  
3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmeil**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sans avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** : Opinions sur la dionine, par MM. le professeur Combemale et Sonnevile, externe des hôpitaux. — Fausse coxalgie de croissance, par le docteur Lambret, professeur agrégé, chargé du cours de médecine opératoire à la Faculté. — Observation de folie syphilitique à forme de folie paralytique guérie, par les docteurs P. Kéraval, et P. Caudron, interne. — Un mode inconnu ou peu connu de cathétérisme urétral chez la femme, par le docteur L. Julien, de Tourcoing. — SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD (Séance du 24 octobre 1902). — ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES. — MOTS DE LA FIN. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Opinions sur la dionine

Par MM. le professeur Combemale et Sonnevile,  
externe des hôpitaux

La dionine, comme l'héroïne, dont nous avons étudié naguère la valeur thérapeutique dans ce journal (1), est un dérivé de la morphine ; c'est le chlorhydrate de l'éthyle-morphine. Ce groupement éthyle intercalé dans la formule de la morphine fait théoriquement toute la valeur de la dionine ; c'est ce que prétend von MERING, sur les indications de qui elle fut préparée en 1896, « tout comme, dit-il, le trional et la phénacétine sont supérieurs au sulfonal et à la méthylacétine, parce qu'ils possèdent le groupement éthyle dans leur constitution ».

La dionine se présente sous la forme d'une poudre microcristalline blanche, inodore, un peu amère, se

dissolvant facilement dans l'eau et donnant une solution à réaction neutre, qui reste longtemps limpide. En raison de ces diverses propriétés organoleptiques et physiques, la dionine peut être introduite dans l'économie par les diverses voies usitées. La bouche, le rectum, les muqueuses conjonctivale et vaginale, le tissu cellulaire sous-cutané ont été empruntées, et l'absorption n'a jamais manqué ; notons au passage que les injections sous-cutanées ne donnent lieu à aucune douleur.

De vingt à trente minutes après son introduction dans l'organisme, l'action de la dionine commence à se faire sentir ; l'effet durera de deux à quatre heures. L'élimination en est également très rapide ; aussi, il n'y a pour ainsi dire pas d'accumulation ce que Hesse (1) attribue à la rapide destruction du médicament par les alcalis ou les ferments du sang.

Les recherches expérimentales de Hoff (2) aboutissent à la constatation du fait physiologique suivant ; qui résume l'action de la dionine : en injections intraveineuses la dionine provoque un ralentissement immédiat de la respiration, avec prolongement de la durée des expirations et des inspirations, ce qui accroît en somme les effets de la ventilation pulmonaire. L'excitabilité du centre respiratoire n'est d'autre part nullement influencée.

Les constatations cliniques, rapportées par les nom-

(1) COMBEMALE et HURIEZ. Quelques observations cliniques sur la valeur thérapeutique de l'héroïne, *Echo médical du Nord*, 1902, p. 193.

(1) HESSE, in *Wiener medicinische Blätter*, 1899, n° 22.

(2) HOFF. *Aertzlicher Centralanzeiger*, 1899, n° 30.



l'emploi de la  
s.

tous ceux qui  
être beaucoup  
s doses quoti-  
aucun phéno-  
mpunément à  
ENBURG (2) l'a  
chez un vieill-  
cident aucun.  
s sujets des  
des vomisse-  
céphalalgie ;  
rante-neuf cas  
es et de l'abat-  
éphalée et des  
les maniaques  
ne congestion

imes à recon-  
à la dionine.  
accoutumance  
inique pour ne  
eurs ont sura-  
appréciations

de la dionine  
r le traitement  
adies des voies  
veux.

t utilisable en  
analgésique.  
stances de la  
moins toxique,  
es », et ZATO-  
dans le même  
st cependant,  
RINE, des res-  
affections des

ing, 1900, n° 30 et 35.

ft, 1899, n° 46.  
t, 1899, n° 44  
trist, 1899, n° 51.  
gres international  
ecine, juillet 1900.  
toxicité : acéine,  
1902, p. 75.  
almologique, an. in  
601.  
Société anatomo-

BLOCH (1), le professeur WALTHER (2), en 1900, et  
naguère FRAENKEL (3) se louent de la dionine dans le  
domaine gynécologique en ovules et suppositoires.

Mais c'est surtout dans les cas chroniques ou les  
symptômes toux et douleur se rencontrent que la  
dionine a été utilisée, et utilisée avec succès.

En ce qui concerne la toux, l'impression qu'on  
emporte de la lecture des divers mémoires qui se sont  
occupés de la dionine, c'est que sous son influence la  
toux diminue, et que, chose à retenir, l'expectoration  
reste facile : HEIM, ISENBURG, SALTZMANN (4) sont par-  
ticulièrement catégoriques sur ce dernier point.  
LANGES (5) insiste aussi sur la facilité et la diminution  
de l'expectoration chez les phthisiques. SCHROEDER (6)  
a même prédit que la place prépondérante, tenue par  
la codéine et la morphine dans le traitement symp-  
tomatique de la tuberculose pulmonaire, serait sous  
peu prise par la dionine. Les succès n'ont fait, en effet,  
qu'exceptionnellement défaut dans les bronchites,  
trachéites, laryngites, dans les poussées aiguës d'em-  
physème, dans les accès d'asthme ainsi traités. Dans  
la pneumonie, dans la coqueluche (7), contre l'in-  
fluenza, la sedation de la toux ne fut jamais en vain  
recherchée; l'expectoration n'était pas rendue plus  
difficile. BORNIKOEL (8) l'écrit expressément.

A l'exception de FREYMUTH (9) et de STURMBÖFEL (10),  
qui ont surtout observé chez les aliénés agités et les  
déments chroniques, tous les auteurs reconnaissent  
à la dionine des propriétés hypnotiques. HEIM la con-  
sidère comme un bon soporifique agissant presque  
toujours, mais après un temps variable sur les sujets.  
BORNIKOEL préfère la morphine, mais a cependant  
obtenu avec la dionine un repos suffisant. MELTZER  
croit la dionine hypnotique, mais explique son opinion  
en disant que c'est en diminuant les hallucinations  
qu'elle donne le repos. Il n'y a recours, à  
que RANSOHOFF (11), que dans l'agita

(1) BLOCH. — *Aerztliche Centralzeitung*, 1900, n°

(2) WALTHER. — *Zeitschrift für praktische Aerzt*

(3) FRAENKEL. — La dionine dans la pratique gy-  
*Revue thérapeutique médico-chirurgicale*, 1902, p.

(4) SALTZMANN. — *Wiener medizinische Presse*, 1

(5) LANGES. Observations concernant l'emploi de  
médicaments nouveaux : euménol, dionine, stypticin.  
*Monatshefte*, juillet 1901.

(6) SCHROEDER. — *Therapie der Gegenwart*, avril 1

(7) GOTTSCHALK dans 32 cas de coqueluche vit  
l'héroïne échouer 13 fois; dans tous les cas cependa  
angoissante, mais la durée de la maladie ne fut nu  
*Deutsche medic. Wochenschrift*, 25 juillet 1901.

(8) BORNIKOEL. — *Therapie der Gegenwart*, avril

(9) FREYMUTH. — *Psychiatrische Wochenschrift*,

(10) STURMBÖFEL. — *Psychiatrische Wochenschrift*,

(11) RANSOHOFF. — *Psychiatrische Wochenschrift*,

moyenne, ayant remarqué que l'agitation augmentait au cas d'état psychique violent.

Si KORTE (1) considérait la dionine comme agissant peu sur la sensibilité, actuellement, au contraire, tous les auteurs lui accordent une action analgésique très marquée; et il serait oiseux et trop long de citer tous les auteurs qui ont eu à calmer la douleur au moyen de la dionine: les coliques hépatiques, l'ulcère de l'estomac, les points de côté dans la pleurésie, les névralgies les plus diverses ont été soulagés; il n'y a pas de discordance sur ce point.

La dionine a encore été employée comme succédané de la morphine chez les morphinomanes. L'avis d'HEINRICH (2), qui le premier a recommandé la dionine dans ce but, est que « la propriété la plus précieuse de ce nouveau dérivé de la morphine est de calmer la violente passion des morphinomanes. »

Si la dionine est le médicament analgésique et eupnéique que nous représentent les relations cliniques dont nous venons de donner un court résumé, si, d'autre part, les effets secondaires ne sont pas plus marqués que ceux que l'on a signalés, la dionine est un précieux médicament, à ajouter aux dérivés que la morphine a déjà fournis. Ne pas diminuer l'activité et la fréquence respiratoire en même temps qu'on calme l'irritabilité de ces voies est chose de la dernière importance pour le traitement des maladies pulmonaires, chez les enfants en particulier; et les pédiâtres seraient heureux de faire entrer pareille arme dans leur arsenal thérapeutique. Calmer d'autre part la douleur, sans payer la rançon de l'agression thérapeutique par de la céphalée, des vomissements ou toute autre misère, ne laisse pas que d'être un but entrevu par tous les praticiens, que l'on finirait par atteindre.

Aussi, pour nous faire une opinion personnelle sur la dionine, avons-nous expérimenté ce médicament au lit du malade; et ce sont nos constatations à ajouter aux précédentes, que nous offrons aujourd'hui avec nos appréciations particulières.

La formule et le mode d'administration auquel nous nous étions arrêtés, étaient les suivants; nous les avons empruntés à SCHROEDER.

{	Dionine.....	0 gr. 3
{	Eau d'amandes amères ...	{ aa 5 grammes
{	Eau distillée. ....	

De cette solution nous donnons XX gouttes dans une petite quantité de liquide que le malade avalait d'une gorgée; de dionine que nous administrons.

OBSERVATION I. — P..., Louis, entre dans le service pour crises gastriques, qui le font vomir quelques jours. Tous les moyens usuels ont été appliqués chez lui sans succès. Pour le soulager on lui donne la solution de dionine, au moment où il se trouve soulagé, bien qu'il n'ait rien mangé. Il en est ainsi à chaque paroxysme pendant huit jours. Au bout de ce temps il déclare qu'il ne ressent plus de crises. Pour contrôler encore quinze jours à l'hôpital, les crises ne se reproduisent pas.

OBSERVATION II. — B..., Julien, d'un anévrysme de l'aorte qui, par le plexus brachial, provoque de vives douleurs au bras et l'épaule. Afin de calmer la douleur pendant quinze jours, on lui donne la solution de dionine en une fois chaque jour. On n'a jamais la dose quotidienne. Comme les douleurs ne cèdent pas, le malade se plaint de perdre l'appétit, il est somnolent, au bout de ce temps on l'examine.

OBSERVATION III. — V..., Paul, admis à l'hôpital pour une pneumonie au début, est violent; la toux très pénible, l'expectoration difficile, le malade ne dort pas.

Contre tous ces symptômes on donne XX gouttes de la solution de dionine. Au bout de ce temps le point de toux a diminué, la respiration est plus facile, l'expectoration se fait sans gêne, l'insomnie reste aussi complète.

OBSERVATION IV. — M..., Félix, admis à l'hôpital pour une amyotrophie des membres que l'on diagnostique comme atrophie. Ses jambes sont, en outre, continuellement prodromiques de l'involution. On a recours, pour le soulager, à la dionine; une pastille de 0 gr. 03 lui est donnée, pendant huit jours. Et il en est en ce sens que leur continuité soulage les quelques heures qui suivent la prise de la dionine.

OBSERVATION V. — J..., Edmond, artérioscléreux qui souffre de névralgie. On lui administre plusieurs jours la solution de dionine. Les douleurs sont calmées dès le premier jour, pour quelques heures et le malade se voit soulager toute la durée du traitement.

(1) KORTE — *Therapeutische Monatshefte*, janvier 1899.

(2) HANSEN — *Wiener medicinische Blätter*, 1899, n° 11.

... Edouard, est un tabétique, tantôt des douleurs fulgurantes, tantôt des crises gastriques et rarement sans souffrir. Ces souffrances lui ont fait contracter il n'est cependant qu'un petit son morphinisme a-t-il cédé

comparatifs ; on lui remplace et on lui administre plusieurs doses de dionine ; dès le premier jour qu'il est beaucoup moins souffrant du médicament, et il réclame les suivants, il persiste dans son refus de suspendre la dionine.

Ces résultats ne sont pas assez nombreux pour que nous puissions en faire une conclusion en toute sincérité en faveur de la dionine. Nous pouvons cependant dire que dans tous les cas où nous avons employé la seule dose isolée de 3 centigrammes de 3 centigrammes répétées, que nous avons donnés, la dionine est un bon analgésique, sur lequel on peut compter, agissant presque à

autant que la morphine. Il est intéressant de dire qu'il nous a semblé que la dionine agit plus vite que la morphine en revue les résultats obtenus. En effet, dans le premier cas, sous peine de paraître exagérer les douleurs gastriques du tabes et de faire perdre de vue les observations faites sur les douleurs des tabes ont en effet pour effet d'être irrégulières. Le point de côté, qui est très fréquent, s'atténue spontanément dès le troisième jour. On ne peut déterminer quelle est la dose efficace dans ces deux cas. Quant aux cas qui éprouvaient des douleurs diverses : névralgie paralytique (obs. II), névrite (obs. IV), myélite (obs. V), douleurs psychiques aggravées par la dionine ; mais le résultat est des degrés : à peine accusé dans le premier cas, au contraire, complet dans le second. Dans l'obs. IV, il a été faible dans les autres cas. Dans ces six observations que nous avons citées, le cas de névralgie intercostale où l'engourdissement a été obtenu. Certes, l'effet de la dionine contre la douleur ne paraît pas être aussi marqué que celui de la morphine, mais il est cependant assez marqué pour nous prémunir contre l'usage de la dionine est sans valeur.

Sur les autres points mis en lumière par les précédents expérimentateurs, nous signalerons que si l'action hypnotique ne fut pas obtenue chez le pneumonique qu'il soulageait d'ailleurs, cependant chez ce même pneumonique l'expectoration ne fut pas le moins du monde entravée, comme l'aurait fait la morphine.

Il se dégage donc de nos observations ce fait : que la dionine est assez peu analgésique, l'est moins que la morphine, s'il fallait établir une comparaison, mais que son action sur le système respiratoire est manifeste.

Quant aux phénomènes secondaires à l'administration de ce médicament, nous ne les avons observés qu'une seule fois sur six, sous forme de perte de l'appétit, abattement et torpeur cérébrale ; nous voyons, sur ce point, d'accord avec nos devanciers, il y a très peu d'ennuis à l'employer.

Il est, pour terminer, un sérieux avantage que l'on doit reconnaître à la dionine, c'est que le traitement ne détermine pas d'accoutumance. On a remarqué que les doses utiles de dionine sont triples de celles de la morphine : trois centigrammes sont la dose quotidienne conseillée par SCHROEDER, que nous avons suivie. Répétons que cette dose a été uniformément donnée à tous les malades qui font le sujet des observations publiées et qu'ils l'ont absorbé huit et quinze jours consécutifs. Or, la suppression de cette dose a toujours été brusque sans qu'il survienne le moindre incident digne d'être noté ; le besoin de cette prise quotidienne ne s'imposait pas non plus aux malades, comme au bout de huit et dix jours, la chose survient chez les malades traités par la morphine : la nécessité de l'augmentation de la dose pour le même effet ne se faisait pas davantage.

### Fausse coxalgie de croissance

par le docteur Lambret,

Professeur agrégé, chargé du cours de médecine opératoire

« Fièvre de croissance » est une expression connue dans le public ; elle fait partie de nos notions à nous légérées par la tradition médicale, il faut le dire, est parfois heurtée par la réalité parce que, grâce à un terme d'usage à la portée de tous, il peut dissimuler les difficultés d'un diagnostic qu'il n'est pas toujours facile d'embrasser. Pour ce qui est de la fièvre

sance, il est évident que l'expression est en partie justifiée parce qu'elle répond à un certain nombre d'accidents osseux et d'états fébriles observés seulement pendant l'enfance et l'adolescence et dont le malade sort généralement avec un allongement de la taille. Toutefois jusqu'en ces dernières années ce qu'on appelait fièvre de croissance ne répondait pas à des manifestations pathologiques aussi nettes et englobait toutes les pyrexies des enfants et des adolescents. Ce fut le mérite de BOUILLY de montrer que les symptômes qui accompagnent la croissance exagérée ont un point de départ osseux.

Or, il en est de la fièvre de croissance comme de la fièvre de lait, la croissance à elle seule ne donne pas plus la fièvre que la montée de lait physiologique ; c'est pourquoi de toutes les théories explicatives qui ont vu le jour et que nous n'envisagerons pas ici, il ne subsiste plus guère à notre avis, comme possible aujourd'hui que la théorie infectieuse qui fait de la fièvre de croissance une forme très atténuée de l'ostéomyélite. Mais la preuve par l'autopsie ne peut être faite puisque les malades guérissent, aussi ne peut-on répondre sans réplique à ceux qui admettent qu'il s'agit simplement d'une hyperémie juxtaépiphysaire d'ordre physiologique n'ayant rien à voir avec les microbes. En tout cas, cette distinction théorique et anatomopathologique n'est pas vérifiable et n'importe d'ailleurs pas beaucoup en clinique.

On peut dire que cliniquement la fièvre de croissance est caractérisée par des points douloureux juxtaépiphysaires, par des phénomènes fébriles et un accroissement rapide de la taille. Ces symptômes se manifestent uniquement chez des enfants et des adolescents qui, jusque-là bien portants, voient tout à coup leur état général s'altérer. Ces accidents se déclarent avec des différences d'intensité suffisante pour qu'il ait été possible de dégager plusieurs types, c'est ainsi que BOUILLY a décrit trois formes de fièvre de croissance : la forme aiguë rapide, la forme aiguë prolongée et la forme traînante. Cette classification montre bien, sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans de plus grands détails, que les douleurs osseuses, la fièvre et les modifications de l'état général sont susceptibles de revêtir divers aspects, et on conçoit que le tableau clinique puisse être très variable depuis la fièvre de croissance sans fièvre (PONCET), caractérisée uniquement par des douleurs osseuses jusqu'à cette forme que PONCET dénomme fièvre de croissance proprement

dite et qui, par son intensité, rappelle parfois l'ostéomyélite suppurée.

C'est au niveau des épiphyses les plus fertiles qu'on trouve les points douloureux dont les lieux d'élection sont par ordre de fréquence l'extrémité inférieure du fémur, l'extrémité supérieure de l'humérus, l'extrémité supérieure du tibia, l'extrémité inférieure de l'humérus, le col du fémur. On conçoit que lorsqu'un cartilage d'accroissement est intraarticulaire son inflammation puisse retentir sur une articulation et devenir ainsi le point de départ d'une variété spéciale d'arthrite. C'est ce qui se passe en particulier pour l'articulation de la hanche. Celle-ci renferme quatre points d'ossification, trois appartiennent à l'os coxal, le quatrième au fémur ; les trois premiers forment le fond de la cavité cotyloïde réunis par un cartilage en Y dont les branches sont constituées par la réunion du pubis, de l'ischion et de l'ilion ; le quatrième est situé entre la tête et le col du fémur. Ces quatre points sont donc complètement intraarticulaires ; il est clair que leur inflammation doit retentir sur l'articulation, de là le groupement possible d'un certain nombre de symptômes rappelant le début de la coxalgie et qui sont d'ailleurs presque toujours mis sur le compte de cette dernière. En voici un exemple :

OBSERVATION. — Il s'agit d'un jeune écolier, É. B..., 14 ans, bien portant et vigoureux, sans antécédents héréditaires ni personnels, auprès duquel je fus appelé le 13 mars 1902 : Quinze jours auparavant, à la fin d'une récréation, il ressentit tout à coup une douleur dans la hanche gauche ; d'abord peu vive, cette douleur s'accrut le lendemain et gagna le genou si bien que le surlendemain le jeune homme alla à la visite du médecin de son pensionnat. Celui-ci conseilla au malade de rentrer dans sa famille pour s'y soigner. En arrivant chez lui le malade se coucha mais les accidents douloureux ne se calmant pas, je fus prié de l'examiner.

En voyant le malade étendu sur son lit, je fus tout d'abord frappé par l'attitude du membre inférieur gauche. Celui-ci présentait un allongement apparent d'au moins trois centimètres, l'épincillaire antérieure et supérieure étant abaissée d'autant ; en outre le membre était en abduction légère et aussi en flexion car l'ensellure lombaire était suffisante pour permettre de passer facilement la main, bref c'était là l'attitude classique d'une coxalgie au début. La pression sur la tête fémorale au niveau du triangle de Scarpa éveillait de la douleur ainsi que la percussion sur le grand trochanter.

Les mouvements spontanés de l'articulation de la hanche étaient nuls ; les mouvements communiqués très douloureux et à peu près impossibles, car aussitôt

la contracture musculaire entraînait en jeu et le bassin se mouvaient tout entier.

L'examen du genou ne me révéla rien d'anormal, mais il y avait un point douloureux très net en dedans et au-dessus de l'articulation au niveau de l'extrémité inférieure du fémur ; ce point douloureux existait également à droite.

Pas de ganglions, pas d'atrophie musculaire. Température 37,3. Rien aux autres organes.

Bien qu'un peu à regret, mais entraîné par les signes si nets et si classiques que j'observais au niveau de la hanche, je posai le diagnostic de coxalgie tuberculeuse et appliquai dès le lendemain le traitement suivant : réduction sous chloroforme, pointes de feu au niveau de l'articulation de la hanche, grand appareil plâtré. Le malade fut maintenu au lit pendant six semaines, après quoi, malgré que l'appareil fût bien supporté, je l'enlevai pour me rendre compte de l'état des parties ; je fus alors absolument surpris de constater une guérison complète, les douleurs avaient totalement disparu, la déformation du membre n'existait plus et les mouvements de la hanche étaient possibles dans toute leur amplitude. Quelques jours plus tard le malade se levait et depuis lors il marche et marcherait autant qu'auparavant si on ne le modifierait pas. Les parents affirment qu'il a beaucoup grandi pendant ces six semaines, mais c'est une simple appréciation de l'entourage, car nous n'avons pas fait de mensuration.

En tous cas, il est bien évident qu'il ne s'agissait pas là de tuberculose.

J'ai également observé dernièrement un malade de la clientèle du Docteur DELENEUVILLE, de Wavrin, qui a guéri en trois mois d'appareil une affection que je crois être une coxalgie, bien que la rapidité de la guérison puisse permettre d'élever quelques doutes sur sa nature tuberculeuse.

Il s'agissait encore d'un jeune et vigoureux paysan d'une quinzaine d'années, sans aucun antécédent héréditaire ni personnel, qui présentait les signes d'une coxalgie au début ; douleurs, attitude vicieuse le membre étant en flexion et abduction et présentant un allongement apparent. Sous chloroforme, je parvins à faire une réduction à peu près complète ; au bout de trois mois, le malade très indocile et qui ne souffrait plus, réclama énergiquement la suppression de tout appareil et se mit à marcher ; localement d'ailleurs on ne trouvait plus aucun symptôme douloureux mais il y avait une ankylose presque totale, ce qui d'ailleurs peut tout aussi bien être le résultat d'une arthrite non tuberculeuse.

Cette observation, sans être aussi nette que la précédente, n'est pas sans me laisser quelques doutes, car en somme, les antécédents et la santé florissante du malade prèchent peu en faveur de la tuberculose, aussi ne suis-je pas loin de croire qu'il s'agissait

plutôt d'une arthrite consécutive à une inflammation du cartilage juxtaépiphysaire de la tête du fémur.

Il est très important d'appeler l'attention sur ces faits dont on n'a encore publié qu'un petit nombre d'observations. DESFOSSES, dans une thèse récente, en a réuni quinze cas, mais leur analyse ne lui a pas permis de dégager une forme-type dans laquelle on pourrait faire rentrer tous les cas possibles ; cela tient à ce que dans les observations publiées où on retrouve un symptôme coxalgique atténué et disparu en très peu de temps on n'a pas souvent pensé à une localisation possible de la fièvre de croissance et on a négligé de signaler et de rechercher différents signes qui auraient pu mettre sur la voie du diagnostic. D'une façon générale, on peut dire que le début de l'affection se fait brusquement souvent à la suite d'une fatigue quelconque ou après un refroidissement. Avec ou sans phénomènes fébriles peu marqués quand ils existent, apparaît une douleur au niveau de la hanche, tandis que d'autres manifestations douloureuses se manifestent en divers points du squelette. Cette douleur varie avec les individus, dans certains cas très vive et immobilisant l'articulation ; dans d'autres (comme dans le nôtre) beaucoup moins aiguë et permettant au malade de marcher pendant quelques jours. La palpation, la pression, la percussion le réveillent et l'exagèrent au niveau du triangle de Scarpa. Elle ne s'accompagne ni de rougeur ni de tuméfaction de la région.

L'examen de l'articulation montre que ses mouvements sont ou très limités ou tout-à-fait impossibles à cause des contractures musculaires qui l'immobilisent d'où, on l'a vu par notre observation, la possibilité d'attitudes vicieuses du membre.

En somme, ces symptômes n'ont rien de caractéristique et sont aussi bien le fait de la coxalgie. Il en est de même des modifications de l'état général et des petits accès fébriles plus ou moins momentanés. Mais un signe qui acquiert, lorsqu'on le découvre, une grande valeur diagnostique, c'est l'existence de douleurs en différents points du squelette. Ces douleurs présentent très atténués les mêmes caractères que celles de la hanche, elles sont exagérées par la pression, mais il faut les rechercher avec soin car, comme l'écrit DESFOSSES « les petits malades ne les accusent pas spontanément, ils se plaignent ordinairement d'une grande lassitude, d'une sensation de courbature générale, de meurtrissures dans les mus-

cles, au niveau des articulations et le long du rachis, mais ils ne localisent pas la douleur à la pression que démontre un examen direct. »

Cet état peut d'ailleurs être tout à fait transitoire et durer comme dans notre cas, à peine deux jours. Il en est de même de la fièvre qui ordinairement n'existe pas ou ne fait qu'une apparition de peu de durée et passe alors inaperçue.

Enfin au bout de quelques semaines, on constate ordinairement un accroissement de la taille ; dans certaines observations cet accroissement a été remarquable : 8 centimètres en deux mois (BOUILLY), 15 centimètres en deux mois (AUBOYER), 50 à 60 centimètres en six mois (REGNER). Ce sont là à la vérité des cas exceptionnels ; le plus souvent, c'est la famille et l'entourage qui insistent sur ce fait que l'enfant a beaucoup grandi, mais sans pouvoir préciser autrement la quantité de centimètres gagnés qui n'excède pas ordinairement deux à trois centimètres. Ce signe est à peu près constant, mais il a au point de vue du diagnostic l'inconvénient de ne pouvoir être constaté qu'un peu tardivement. Il faut bien dire en outre qu'il appartient également à presque toutes les affections fébriles de l'enfance dont il est rare qu'un jeune malade ne se relève pas sensiblement grandi.

Le diagnostic, si on en juge par la lecture des observations, ne laisse pas d'être embarrassant et de s'égarer souvent ; évidemment il est possible d'éliminer toute idée d'ostéomyélite, la fièvre à grandes oscillations, les troubles profonds de l'état général, la tuméfaction, etc., qui accompagnent cette dernière, n'ayant rien à voir avec les faits qui nous occupent.

Mais le diagnostic d'avec certaines formes de coxalgie tuberculeuse sera souvent moins facile ; bien entendu il ne s'agit pas ici des coxalgies qui se présentent avec leur physionomie typique chez des enfants souffreteux et malingres à hérédité lourde ; mais à côté, il existe des coxalgies à marche lente et dans lesquelles, non seulement la suppuration ne se fait pas, mais le gonflement est lent et difficile à déceler ; ces formes frustes de coxo-tuberculose n'altèrent que très peu l'état général, et dans ces cas là, seule l'évolution de la maladie est susceptible de nous renseigner sur sa nature ; car, il semble qu'on puisse ériger en principe qu'une guérison qui se fait en quelques semaines, permet d'éliminer toute idée de tuberculose.

Bien entendu c'est une opinion qui est destinée

à rester dépourvue du contrôle anatomique et qui par ce fait même prêterait toujours à la discussion, car « si le sujet guérit complètement, on pourra dire plus tard qu'il a résisté à l'infection bacillaire » et, s'il se fait dans la suite une coxalgie tuberculeuse, on n'osera plus soutenir qu'il s'agissait d'une fausse coxalgie, bien qu'on puisse dire que cette dernière, comme l'ostéomyélite aiguë, favorise l'infection tuberculeuse » (DESFOSSÉS).

Quoi qu'il en soit, il est préférable de faire une erreur de diagnostic et d'instituer le traitement comme s'il s'agissait d'une coxalgie tuberculeuse ; le malade ne peut qu'en retirer grand profit, car le pronostic de la fausse coxalgie de croissance bien traitée devient bénin, sa marche la conduit à la guérison et en quelques semaines, tous les symptômes disparaissent et l'enfant peut recommencer à marcher comme auparavant. Ce n'est que dans des cas très rares et tout à fait malheureux, qu'on pourra observer une ankylose plus ou moins complète ou la production d'hyperostoses, d'épaississements osseux, susceptibles de gêner les mouvements articulaires. On ordonnera donc le séjour au lit de façon à mettre l'articulation de la hanche au repos, et dans les cas simples cela est suffisant pour amener rapidement la réparation de lésions osseuses très minimales ; il va sans dire que si des contractures musculaires fixaient le membre en attitude vicieuse, un appareil plâtré ou silicaté, maintiendrait la réduction obtenue sous chloroforme et assurerait une guérison en bonne position. Ajoutons que la constatation de cette guérison sera toujours une agréable surprise pour le praticien qui avait diagnostiqué une manifestation tuberculeuse.

### Observation de folie syphilitique à forme de folie paralytique guérie

Par les docteurs

P. Kéraval, P. Caudron,  
 Directeur médecin en chef ET Interne  
 à l'Asile d'Armentières.

L'évidence des faits de ce genre n'est pas tellement fréquente que nous croyions devoir nous dispenser de communiquer le résumé de l'observation suivante, nous réservant dans un travail ultérieur de publier une étude plus complète de la question.

B. C..., 41 ans, entre à l'Asile, le 19 juillet 1901. Ses antécédents héréditaires sont totalement inconnus. Comme antécédents personnels, on doit signaler : le

que le  
rmaît  
it du

6 mai  
es ses  
orme.  
omme  
plète-  
ive le

idées  
eu l'a  
une  
iront  
as les  
-trois  
gent,  
il n'a  
ns, le  
ement  
vient,  
et de

à sont  
ée en  
e et à  
de la  
t des  
assez  
e.  
édigé  
tal et  
ation  
ur et  
des

noitié  
s son  
.r. Le  
ter à  
eures  
28, il

uer ;  
otas-  
ix la  
rs, il  
qu'il

rend  
23,  
à la  
enter

enté,  
oses  
des  
tons  
s et  
cen-  
ium,

2 gr. et application sur ces plaie  
mercuriel.

Les syphilides ne rétrocede  
plutôt, le malade est dans un étu  
caire, malgré l'administation de  
tées le 6 novembre, on se décide  
intra-musculaires de deux centig

{	Sublimé corrosif.....	(
	Eau distillée.....	70
	Glycérine . . . . .	36

On se sert de la seringue de L. F.

L'iodure n'ayant pas agi, on le  
tions sont faites quotidiennemen  
bre, jour où on observe quelqu  
qui cède d'ailleurs bientôt so  
potion de deux grammes de chl

Jusqu'au 30 novembre, injec  
les deux jours seulement. Les sy  
de guérison, elles rétrocedent  
14 janvier suivant, le malade p  
cette poussée de syphilis tertiai  
lectuelles sont affaiblies, le mala  
il paraît plutôt déprimé. On cont  
guérison, à donner de l'iodure.

Le 4 février, le malade redevie  
24 du même mois, on lui admi  
de chloral.

Le 6 mars, les syphilides tend  
donné jusqu'au 26 février, à réc  
intra-musculaires de sublimé le  
ment. Le malade, notablement m  
mental, peut se gargariser a  
chlorate de potasse et, de ce fai  
qui s'était produite lors de la p  
injections.

Le 15 mars, il est en très bon  
les gommes sont de nouveau  
mental redevient meilleur. L'exa  
pratique vers le 25 mars prouve  
lésion de la papille.

Jusqu'au 30 août, date de l  
noter au point de vue mental et  
guéri de l'asile.

Avant son départ, on lui exp  
maladie dont il a été atteint et d  
tement compte. On lui recomma  
médecin de temps à autre afin  
purchassée aussi longtemps que

Au commencement d'octobre  
l'établissement, non en qualité d  
affaires ; il ne présentait plus au  
que, ni physique de sa maladie.

Un mode inconnu ou  
de cathétérisme urétral

par le docteur L. Julien, d

C'est un moyen bien simple,  
rendre un grand service : je veu

mes confrères qui l'ignoreraient, persuadé qu'il peut, dans les mêmes circonstances, leur être utile.

Je suis appelé à quelques kilomètres de chez moi, loin du centre de la ville :

Un de ces taudis infects, foyers de tuberculose mille fois plus que les crachats de vieux phthisiques, lancés dans l'espace, au grand air, au grand soleil.

Une femme est là qui geint, couchée sur un grabat, se tordant de douleurs, les puisses en l'air. A ses côtés, son mari compatissant, timide et embarrassé, comme s'il se sentait un peu responsable du mal dont se plaint sa moitié.

Qu'y a-t-il ! — La femme a fait une perte la veille, et elle n'a pas uriné depuis. Je constate, en effet, que la vessie remonte jusque l'ombilic. Mais le diable m'emporte ! je m'aperçois que j'ai oublié ma trousse !

Que faire ? Je ne puis pourtant pas parcourir de nouveau les quelques kilomètres, que je viens de tirer à pied, et revenir encore ! Il est impossible de laisser cette malheureuse plus longtemps dans la souffrance ! « Celui qui pisse bien ne connaît pas son bonheur ! » Cette parole de Guyon me revient, et je songe combien est terrible la rétention d'urine !

Alors, mon idée s'envole, rapide, vers le tube creux qui pourrait bien remplacer la sonde classique ! Il n'y a rien à espérer dans la mesure ! — Mais j'ai trouvé ! — Une pipe ! — Je sais que dans le plus petit cabaret, il y a toujours sur la verrière, dans une grande chope, s'épanouissant en une gerbe ouverte, une dizaine de pipes en terre, les pipes d'Onnaing, à cinq centimes. Le mari court, en rapporte une. Cinq minutes d'ébullition pour l'asepsie. Le léger renflement de l'extrémité du tuyau facilite l'introduction dans la vessie.

L'urine s'écoule : un bol, deux bols, trois bols, quinze cents grammes ! Et en même temps que le ventre se dégonfle, la malade, rayonnante, se confond en remerciements. Et le mari se joint à elle, joyeux, puis subitement devenu goguenard, comme le paysan, dont la vache vient de terminer heureusement un accouchement laborieux : « Sans compter, s'écrie-t-il, que la pipe ne sera seulement pas perdue, car je suis un sacré fumeur, et peut-être bien que celle-là sera plus facile à culotter ! »

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE

Séance du 24

Présidence de M. Du

### Résultats éloignés d'une op

M. Drucbert présente un malade à l'âge de trois ans, fut atteint du péroné. A cette époque deux incisions furent faites sur la partie moyenne de la jambe, l'une à l'articulation de la malléole externe. Un fragment d'os, long de dix centimètres, fut éliminé par la suppuration se tarit et au bout de six semaines l'inflammatoire est disparu depuis la naissance du membre des déformations sont apparues ; tandis que le tibia est resté normal, le péroné s'est acroché, en sorte que le pied se trouve dévié en dehors, étant d'une longueur trop courte, d'autre part poussé en avant par les phalanges dues à l'obligeance de la malléole externe se trouve un os de dix centimètres où l'os est remplacé, par la section de cette bride fil de tibia permettraient-elles de retrouver la normale.

M. Le Fort fait observer qu'il a vu le même cas. La question d'intervention est posée. La question d'observer ce garçon avant l'opération sur le péroné seul ne donne pas de résultat, on verra survenir la déformation. L'arthrodèse ne serait peut-être pas indiquée.

M. Charmeil dit que la guérison de la croissance du sujet ; une résection de l'os du péroné chez l'adulte rétablirait l'équilibre. Il propose de pratiquer au-dessus du cartilage iliaque un appareil orthopédique.

### Absence d'éruption et de suppuration au niveau d'une région co

M. Brassart rapporte que chez une femme de 18 ans, non revaccinée contre la variole. Elle venait d'un service où elle était soignée pour une tumeur du sein. Elle fit une variole confluente le douzième jour. Or, cette variole fut composée de gaze iodoformée et les pustules furent très serrées sur t



n'y en eut aucune au niveau de ce pansement, ainsi qu'on peut le voir sur une photographie.

Il est difficile de s'expliquer un pareil fait. Si la transformation purulente des vésicules de la variole étaient due à des pyogènes vulgaires, on pourrait croire que l'asepsie cutanée empêche cette transformation. Mais on n'ignore pas que la variole est une pyémie spécifique à détermination cutanée. L'organisme expulse le parasite par la peau : des papules se produisent, et leur suppuration est l'œuvre de l'agent spécifique (ROGER). Cela est si vrai que bien des fois les pustules ne contiennent aucune bactérie. Si on en trouve, elles sont là à titre d'infection secondaire. (ROGER). On ne se rend donc pas compte qu'un pansement antiseptique ait pu enrayer la marche ordinaire de l'éruption. D'ailleurs, MM. BRASSART et TACONNET ont fait des pansements similaires chez des varioleux au début, sans autre résultat qu'une évolution moins rapide des éléments éruptifs et une purulence moindre, mais sans enrayer la pustulation. Le présent cas est donc exceptionnel et difficile à interpréter.

M. Ausset dit que cette observation est absolument l'inverse de ce qu'ont vu M. CHARMEIL et d'autres auteurs, en ce qui regarde les processus éruptifs au niveau des régions cutanées irritées.

M. Charmell répond que les cas ne sont pas comparables. Il a vu les syphilides siéger surtout en des points irrités, mais c'est là affaire de vaso-motricité et non d'infection locale. Ici, l'iodoforme, qui a stérilisé la peau, a pu empêcher l'infection secondaire des pustules par des streptocoques ou des staphylocoques, sans qu'on s'explique pourquoi il a empêché la pustulation même.

M. Ausset dit que non seulement la pustulation a été enrayerée, mais qu'il n'y a même pas eu trace d'éruption. Les macules n'ont pas apparu, alors qu'elles auraient dû être plus nombreuses qu'ailleurs au niveau de cette région irritée, comme M. CHARMEIL l'a vu en ce qui concerne la syphilis.

M. Combemale fait remarquer que les irritations localisées amènent une éruption variolique plus marquée : celle-ci est très accentuée aux points de pression du corset, des jarretières, etc. Dans le présent fait, il y a eu au contraire protection de la peau. Les choses sont donc en opposition. Quant à une explication, on n'en voit pas de plausible.

M. Charmell dit que M. Ausset veut probablement parler de ce qu'il a publié avec BOULOGNE sur la moindre confluence de la rougeole du côté paralysé dans l'hémiplégie spasmodique infantile. Dans la syphilis, l'éruption est au contraire appelée au niveau des points irrités et M. BERTIN vient de voir une roséole localisée au niveau d'éléments récents de vaccine.

M. Ausset répond que dans l'observation de tumeur

blanche que vient de rapporter M. BRASSART, il y avait plaie, et irritation, par conséquent. Cette tumeur blanche avec plaie aurait dû appeler l'éruption et il semble que ce qui s'est passé pour cette affection chirurgicale soit en opposition avec ce qu'a publié M. CHARMEIL concernant la localisation de la syphilis aux points irrités.

M. Brassart rapporte, à l'appui de l'opinion de M. CHARMEIL sur l'hémiplégie infantile et les éruptions, le cas d'un malade chez lequel la variole est une éruption fort atténuée au niveau du membre inférieur droit, côté où le sciatique avait été réséqué.

#### Kyste dermoïde du plancher de la bouche

M. Le Fort présente un kyste dermoïde qui faisait saillie dans le plancher de la bouche et qu'on a enlevé par cette voie. M. BERGER dit que ces tumeurs saillantes semblent devoir être opérées par voie sous-mentale. Ici, on aurait eu de grosses difficultés. L'énucléation par la bouche a été très facile. La tumeur adhérait comme d'ordinaire aux apophyses geni. Elle était pleine de mastic et de 40 à 50 cc. de liquide clair. Ce mastic avait modelé la tumeur : elle comprenait une partie renflée entre les génio-glosses et une autre entre les génio-hyoïdiens. Le diagnostic fut fait au cours de l'opération, car on voyait à la surface le conduit de WHARTON donnant un jet de salive, ce qui prouvait qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur née aux dépens de glandes salivaires. MM. CURTIS et GONTIER ont constaté histologiquement la structure du kyste dermoïde.

M. Ern. Gérard a examiné le liquide du kyste. Il ne contenait pas de salive. Le mastic était peu épais et jaunâtre, soluble dans le chloroforme. C'était une matière grasse, cireuse, contenant des cellules en dégénérescence graisseuse. Le liquide contenait de la sérine, de la globuline, des chlorures, des phosphates : c'est un liquide sans pyaline, voisin de la sérosité de l'œdème.

#### Choix d'un procédé rapide de recherche pour l'urobiline

M. Ern. Gérard. — Bien que d'après les travaux de MM. GILBERT et HERSCHER l'urobiline ne puisse plus être considérée comme un symptôme d'insuffisance hépatique, il n'en est pas moins un signe révélateur de la cholémie. De plus, la présence dans certains cas pathologiques (maladies fébriles aiguës, fièvre intermittente de l'urobiline, grossesse avec mort du fœtus, etc.), justifie l'importance de sa recherche au point de vue clinique.

En outre de la méthode spectroscopique d'un emploi peu facile en clinique et souvent d'une pratique peu aisée pour ceux qui n'ont pas l'habitude de ces sortes de recherches, on a donné de nombreux procédés chimiques que nous avons successivement soumis à l'expérimentation. A notre avis, le moyen le plus simple et en même temps le plus rapide pour mettre l'urobiline en évidence, de dimi-

nuer l'excès d'urobiline, c'est la méthode de MM. ROMAN et DELLUC qui consiste à agiter dans une ampoule à robinet 100 cent. cubes d'urine, acidifiés par 8 à 10 gouttes d'acide chlorhydrique, avec 20 cent. cubes de chloroforme. Après repos, on décante 2 à 3 cent. cubes de la solution chloroformique que l'on additionne de 4 à 6 cent. cubes d'une solution alcoolique d'acétate de zinc (Acétate de zinc cristallisé 0 gr. 10 ; alcool à 95°, 100 cent. cubes).

On observe dans le cas d'urobilinurie, à la surface de séparation des deux solutions, un anneau vert caractéristique en regardant par réflexion sur un fond noir ; en agitant, la fluorescence se répand dans tout le liquide qui, vu par réflexion, est coloré en rose.

M. Charmeil demande ce que donne le procédé appliqué aux urines de sujets sains.

M. Gérard dit qu'on n'obtient presque rien, puisque d'ailleurs il fallait employer le spectroscope pour en déceler des traces dans ces cas.

M. Combemale demande si le procédé est assez rapide pour être employé au lit du malade.

M. Gérard répond qu'il n'exige pas plus d'un quart d'heure.

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

**Glossaire médical, 9.500 mots, noms ou expressions, 426 figures et 5 cartes** par MM. LANDOUZY, professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris, et JAYLE, chef de clinique gynécologique.

Loin des bibliothèques et des grandes collections bibliographiques, il est d'un singulier avantage pour les médecins d'avoir à portée de la main, en tous temps et en tous lieux, sous une forme aussi peu encombrante que possible, un recueil qui les tire d'embarras et d'incertitude en leur évitant l'insipide besogne de feuilleter livres et mémoires avant de trouver la définition d'un mot ou d'une appellation, la description d'une opération, la composition d'un nouveau médicament.

Ce travail, les confrères et les étudiants le trouveront tout fait par les auteurs de ce glossaire, auquel on peut appliquer, en la modifiant légèrement, la phrase de FURETIÈRE sur les dictionnaires : « Il n'y a point de livres qui rendent de plus grands services ni plus promptement, ni à plus de gens que les glossaires. »

N'étant pas un dictionnaire, c'est-à-dire un recueil donnant avec leur nomenclature la définition et la description de tous les termes usités en médecine, mais simplement un glossaire, ce livre indique :

a) Les *expressions médicales* courantes ayant trait à l'anatomie, à la physiologie, à la médecine, à la chirurgie, à la physique, à la chimie appliquée, à la Matière médicale, etc.

b) Les *mots nouveaux* dont l'éclosion indispensable

devait suivre l'avènement de l'asepsie, de l'antisepsie, de la bactériologie, de la sérothérapie, de l'opothérapie, etc.

c) Les *noms d'hommes* que l'usage applique aux maladies, aux méthodes thérapeutiques, aux procédés opératoires, aux techniques de clinique ou de laboratoire, aux instruments et aux appareils usités en médecine clinique ou en médecine expérimentale.

Le besoin de cette publication est indiscutable ; quel travailleur, étudiant ou praticien n'a pas été pris au dépourvu par la lecture d'un néologisme, d'une expression récente, d'une maladie ou signe à nom propre ? A qui n'a pas échappé l'intelligence entière d'un texte dans lequel figurait cette expression ? L'éclaircissement de ce point, le lecteur l'aura désormais sous la main. Il comprendra et parlera couramment la langue médicale actuelle.

L'actualité va cependant tellement vite en médecine en ce vingtième siècle, qu'aucune nomenclature imprimée ne peut prétendre à être parfaite ni complète ; le supplément nécessaire ne se fera certainement pas attendre : Une seconde édition, considérablement augmentée, de ce Glossaire, paraît devoir en effet ne pas tarder.

D<sup>r</sup> F. C.

## MOTS DE LA FIN

A l'hôpital militaire :

Le chirurgien est en train d'amputer le bras d'un dragon, qui pousse naturellement des cris abominables.

— Allons ! s'écrie le major, taisez-vous, mon ami... Vous avez un bras de moins, et après?... Prenez donc votre courage à deux mains !

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

Le 27 octobre s'est ouvert, devant un jury composé de MM. les professeurs COMBEMALE, président ; LEMOINE, CURTIS, CHARMEIL et AUSSET, le **Concours pour un emploi de chef de clinique médicale** à la Faculté de médecine. M. le docteur VANDEPUTTE était le seul candidat inscrit.

A la composition écrite est sortie la question : *Des myocardites aiguës, myocarde*. Restaient dans l'urne : *Valvule iléo-cœcale, des rechutes dans la fièvre typhoïde. Péricarde ; pericardite aiguë, symptômes et anatomie pathologique. Nerf phrénique ; paralysie radiculaire du plexus brachial. Plevre ; pleurésie séro-fibrineuse, son diagnostic.*

L'épreuve clinique, consistant en l'examen d'un malade et exposé du diagnostic, portait sur un *Aortique anémie par un récent rhumatisme*.

L'épreuve d'anatomie pathologique comportait l'examen microscopique d'un *foie cardiaque*, d'un *foie gras*, d'un *rein scléreux*.

A la suite de ce concours, M. le docteur VANDEPUTTE a été nommé chef de clinique médicale.



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

ABONNEMENT  
5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT  
pour les ÉTUDIANTS  
3 fr. par an.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique; **Barrois**, professeur de parasitologie; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur; **Carlier**, professeur de pathologie externe; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**M.M. Gaudier**, professeur agrégé; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris; **Looten**, médecin des hôpitaux; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : **MM. les Docteurs :**

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sans avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX :** Les îlots de Langerhans (Pancréas) au point de vue pathologique, par le docteur **E. Laguesse**, professeur d'histologie à la Faculté. — **ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES.** — **MOTS DE LA FIN.** — **NOUVELLES ET INFORMATIONS.** — **STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.**

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Les îlots de Langerhans (pancréas) au point de vue pathologique

par le Docteur **E. Laguesse**, professeur d'histologie à la Faculté

#### Rappel des données anatomo-physiologiques. —

A la suite d'études sur le pancréas du mouton, du lapin, du chien, de l'homme adulte (supplicié), de l'enfant nouveau-né, et surtout d'une série d'embryons de mouton, nous avons cru pouvoir dès 1893 (*C.-R. de la Soc. de Biologie. S. du 29 juillet*) exprimer une opinion personnelle nouvelle sur les groupes cellulaires signalés dans le pancréas par **LANGERHANS**, relativement peu étudiés jusqu'à cette époque (1), de signification énigmatique, et que nous proposons dans cette note d'appeler provisoirement îlots de **LANGERHANS**.

Nous rapprochant par certains points de **RENAUT**, et surtout de **LEWASCHEW**, nous essayions de prouver que les îlots en question ne sont pas (comme beaucoup

le croyaient encore) des follicules clos. Nous établissons définitivement au contraire par l'histogénie qu'ils sont de nature franchement épithéliale, puisqu'ils dérivent de l'épithélium et en conservent les caractères. D'autre part, ce ne sont pas des acini temporairement (**LEWASCHEW**) ou définitivement épuisés (**DOGIEL**), puisqu'on les trouve plus abondants que partout ailleurs chez le fœtus jeune. Ils ont la structure de glande vasculaire sanguine; certaines de leurs cellules subissent une sorte de fonte au contact du sang; ce ne peuvent donc être que des portions de la glande chargées de la sécrétion interne, des portions *endocrines*. Elles naissent des acini, et redeviennent acini après un certain temps. En 1894 (*C.-R. de la Société de Biol. S. du 27 octobre*) nous décrivions les îlots sur des pancréas de suppliciés. Nous attirions l'attention sur leur abondance et leur volume chez l'homme. Nous arrivions aux mêmes conclusions.

En 1895 (*C.-R. Soc. Biol. S. du 26 octobre*), nous montrions quelle doit être l'importance de la fonction des îlots, puisqu'il s'en développe une première et abondante génération chez l'embryon très jeune (îlots primaires), aux dépens des premières arborisations creuses indifférentes de l'ébauche glandulaire, ou tubes pancréatiques primitifs.

Enfin, dans un mémoire détaillé, paru dans le *Journal de l'Anatomie* (fin 1895 et commencement 1896), nous reprenions et complétions ces données, et conclusions de façon ferme en faveur de la secré-

(1) Pour la bibliographie antérieure, voir *Journal de l'Anatomie*, 1894 (structure et développement du pancréas d'après les travaux récents).

, dès l'origine de ces  
it capital qui nous a  
ante se transforme en  
perdent toute relation  
r en contracter de très  
vins. De là à conclure  
ganites de la sécrétion  
les physiologistes (1)  
il n'y a qu'un pas, et  
franchir. »

s dispositions structurales  
échanges entre leurs  
direction de celui-ci.  
l'élaboration, puis de  
. Nous montrions en  
à zymogène avec les  
ordantes (2) le long des  
de l'embryon : ce ne  
même élément. Si l'un  
ssi. Or cet autre, la  
ondance tout au début  
rien avant la formation  
est nécessaire à cette  
as le sang, règle les  
d'apparition de ces  
ouvent, qu'ils ont une

n'avons guère cessé de  
asées cette fois sur le  
, c'est-à-dire sur la  
ts en quelques points  
, chez les Sélaciens et

**Structure et développement**  
 biographique de notre travail  
 giques récemment découverts  
 réas destinées à régler la pro-  
 donnons ces découvertes  
 Nous devons rappeler ce fait  
*Abtatt fur allg. Path.* Bd. II,  
 à quelques îlots représentant des  
 ohne weitere Hypothese über-  
 ker. Eine derartige Hypothese  
 fernen Arbeit... aufgestellt. »  
 es glandes gastriques.

en faveur de l'hypothèse de la *Hospital Bulletin*, 1900), est w (1900), établissant que chez orbone, les cellules des îlots t-on pas, après ce rappel, qu'il res faits en faveur de ladite

R. de l'Association des Anatomistes de Poitiers, 1899. — 1-1902, etc.

chez les Ophidiens, et montré notamment le changement de polarité de la cellule et l'intervention de l'acinus au moment de sa transformation en cordon d'îlot, étudié la nature du grain de sécrétion interne, etc. Nous avons d'abord émis l'hypothèse sous toutes réserves ; notre confiance en la théorie a augmenté à mesure que s'accumulaient les faits en sa faveur ; la base histogénique sur laquelle nous nous appuyons est d'ailleurs, croyons-nous, une des plus solides sur lesquelles on puisse fonder une théorie en biologie.

Dans les premières années, notre *théorie des îlots endocrines* fut peu connue, et rares furent les auteurs qui l'acceptèrent. Ou plutôt, nous n'en connaissons guère qu'un, qui nous a été révélé depuis très peu de temps, c'est E. A. SCHÆFER. En effet, dès 1895 (*Meeting of the British Association; British medical Journal, 10 August 1895*), dans un discours sur les sécrétions internes en général, SCHÆFER, arrivant à celle du pancréas, note « en premier lieu », dans cet organe, l'existence « d'un tissu particulier, d'aspect épithélial qui se présente en amas isolés, caractérisés par leur extrême vascularité. Ces îlots (*these islands*), de tissu épithélioïde, sont tout à fait caractéristiques du pancréas ». Relatant les expériences de MERING et MIKOWSKI, de THIROLOIX, de HÉDON, il ajoute que, dans les cas où l'animal est préservé du diabète par un pancréas ou un fragment de pancréas plus ou moins atrophié, il est extrêmement probable, « de fait presque certain », que les îlots en question ne participent pas à l'atrophie de la glande, et que c'est d'eux que le pancréas tient surtout sa fonction d'organe à sécrétion interne (1). L'action antidiabétique du pancréas doit être produite « par la formation d'une substance sécrétée dans le sang par la glande et probablement par les îlots vasculaires interstitiels (*and probably by the interstitial vascular islet*, qui modifie profondément le métabolisme de carbone dans les tissus.

Les quelques phrases de SCHAEFER, pas appuyées sur des recherches de quelque étendue, c'est seulement, en so

(1) La question est uniquement traitée dans ce di-  
vise physiologique général, et il s'agit, comme on le  
hypothèse basée sur la structure générale des floes,  
sur un souvenir ou une reminiscence de notre noi-  
semble l'indiquer l'emploi du terme *floet* que nous a  
cette note, et dont nous étions alors le seul à nou-  
SALFEN a repris ce thème en *Quain's Anatomy*  
1895-1896).

que nous trouvons en MASSARI (*Atti della R. Accad. dei Lincei*) un auteur qui, à la suite de ses recherches (sur le pancréas de l'anguille), accepte nos conclusions sur le rôle des ilots de LANGERHANS. « Ils forment dans leur ensemble, dit-il, une glande typique à sécrétion interne (ilots endocrines), intimement mêlée aux acini pancréatiques ». Sur un point, en effet, il se sépare de nous : il croit les ilots invariables, ne dérivant pas des acini. Il y aurait dans la glande deux tissus indépendants l'un de l'autre.

L'année suivante (1899) DIAMARE, — qui, dans son premier travail de 1895 (pancréas des poissons), restait sur la réserve, tendait plus vers les opinions de DOGIEL que vers les nôtres, — DIAMARE adopte à son tour notre théorie avec la variante soutenue par MASSARI (et en insistant davantage encore sur l'indépendance des deux tissus endocrine et exocrine). Mais il lui donne une base plus large que ne l'avait fait MASSARI, en s'appuyant sur l'étude d'un grand nombre d'espèces dans les différentes classes des Vertébrés. Il rapproche les ilots des épithéliaux (*Epithelkörper* des auteurs allemands) des corps surrénaux, interrénaux, parathyroïdes, etc. Ils mériteraient, eux aussi, le nom de corps épithéliaux du pancréas. « Ces *corpsepitheliali del pancreas* sont de petites glandes closes ou *endocrines*, développées comme des bourgeons de l'arbre pancréatique, dont l'évolution a suivi une voie différente », et restées incluses dans la glande exocrine. Ce sont des formations permanentes, invariables depuis l'achèvement du développement, et sans lien avec les acini. Il y a dans l'organe deux glandes bien distinctes, entremêlées mais non confondues (1). Mais il existe dans le pancréas une base anatomique réelle et bien définie du processus de sécrétion interne ». Cette base, il faut la chercher dans les ilots, au lieu de croire avec LÉPINE que la sécrétion interne régulatrice des échanges sucrés est localisée dans les mêmes cellules que la sécrétion externe.

Vers la même époque, RENAUT, dans son *Traité d'histologie pratique* (T. 2, fasc. 2, 1899), admettait l'hypothèse de la sécrétion interne, mais en ne la localisant pas aux seuls ilots, qu'il considère comme des formations essentiellement fœtales et dont la fonction est fœtale. VON EBNER, dans la dernière édition du

*Traité d'Histologie* de KOELLIKER (T. 3, fasc. 1, 1899), rapproche les ilots des glandes vasculaires sanguines et accueille avec bienveillance, quoique avec quelques réserves, la théorie de la sécrétion interne (1).

Depuis, elle a été pleinement acceptée par un assez grand nombre d'auteurs, notamment par PERDRIGEAT et TRIBONDEAU (*XIII<sup>e</sup> Congrès internat. de médecine*, 1900, et *Procès-verbaux de la Soc. Linnéenne de Bordeaux*, 1900), GENTES (*Thèse inaug. Bordeaux*, 1901); W. SCHULZE (*Arch. für mik Anat.* Bd. 56, 1901); OPIE (*John Hopkins Hospital Bulletin*, V. XI, 1900; *Journal of experimental Medicine*, vol. V, 1900-1901, p. 397 et 527); HERZOG (*Virchow's Archiv.* Bd. 168, 1902); SSOBOLEW (*Centralblatt für allg. Pathol.* Bd. 11, 1900, et *Virchow's Archiv*, Bd. 168, 1902); JAROTSKY (*Virchow's Archiv*, Bd. 150, 1899) s'y est rallié avec quelques réserves.

Elle a été également combattue par quelques auteurs, mais ce n'est pas ici le lieu d'ouvrir une discussion à ce sujet (2). Certains, comme GIACOMINI, GIANNELLI, s'y sont plus ou moins ralliés à l'heure actuelle, tout au moins en ce qui concerne les Vertébrés inférieurs.

Cette brève mise au point anatomique de la question était indispensable avant d'arriver à l'exposé des quelques données pathologiques que nous possédons actuellement.

Prétendre que les ilots de LANGERHANS sont les organites de la sécrétion interne qui règle les échanges du sucre et préserve de la glycosurie, c'était prétendre que ces formations doivent jouer un rôle essentiel dans la pathogénie du diabète ou tout au moins de certaines formes de cette maladie. Mais de plus, si nous n'avons eu ni le temps ni l'occasion de nous engager personnellement sur le terrain pathologique, nous n'avons cessé de répéter dès le début à qui voulait l'entendre : cherchez du côté des ilots dans vos autopsies de diabétiques, cherchez du côté des ilots dans les greffes ou fragments d'aspect atrophique qui réussissent à préserver du diabète vos animaux d'expérience ; vous trouverez très vraisemblablement une lésion dans le premier cas, une persistance dans le second cas ou bien une disposition nouvelle venant y suppléer.

Pourtant les recherches de ce genre se firent tardi-

(1) L'étude des cordons d'ilots des Ophidiens, qui possèdent souvent une lumière, s'inscrit contre ce que ce rapprochement a de trop exclusif : l'existence manifeste de formes de transition nous conduit à rester fidèle à notre première interprétation : les ilots sont en rapports étroits avec les acini, et variables.

(1) Nous l'avons exposée de nouveau la même année dans le *Traité d'Anatomie* de POIRIER et CHARPY.

(2) Pour plus de détails sur ce point, voir notre deuxième mémoire dans les *Archives d'anatomie microscopique*, novembre 1902.

qu'elles ont

upés : *recher-  
pathologiques*

en dirons peu  
ailleurs par  
ulement que  
cours de ses  
on (1899, *loc.*  
la sécrétion  
te d'amidon,  
rhose étouf-  
hie générale

ew (1900 et  
re des grains  
n après un  
est obligé de  
re, notam-  
lucose, sur-  
e d'hydrates

oint de vue  
du pancréas  
canal.

éresser tout  
canal sup-  
it un degré  
ant l'animal  
ents chargés  
ns la glande  
re de déter-

84 posé les  
lapin ayant  
nze mois, la  
e quelques  
là de petits  
ls n'ont pas  
e permet pas  
formations.  
n quelques  
ultats plutôt

*mik. Anat.*  
ez le cobaye,

les acini disparaissent de bonne heure dans un frag-  
ment de pancréas séparé du reste de l'organe par une  
ligature en masse, mais bien vascularisé ; les ilots de  
LANGERHANS, au contraire, se retrouvent intacts, 40,  
50 et 80 jours après. Il en conclut en faveur de l'indé-  
pendance de ces formations, et de leur rôle évident  
dans la sécrétion interne.

Un peu avant cette publication et indépendamment,  
SSOBLEW, dans une communication préliminaire  
(1900, *loc. cit.*) annonçait en quelques mots qu'il  
obtenait la persistance des ilots chez le lapin au  
vingtième jour après la ligature du canal pancréatique  
à son embouchure, c'est-à-dire en se plaçant dans les  
mêmes conditions qu'ARNOZAN et VAILLARD. récem-  
ment (1902, *loc. cit.*), il apportait de nombreux faits  
du même genre chez le lapin et même chez le chien  
et le chat ; il trouvait encore les ilots sur un pancréas  
de lapin lié depuis quatre cents jours.

Mais, d'autre part, MANKOWSKI (*Archiv für mik.  
Anat.* 1902, T. 59), refusait de s'associer aux conclu-  
sions de SCHULZE. Pour lui, les ilots sont englobés  
dans la destruction au même titre que les acini.

Avant la publication de ces deux derniers mémoires,  
dès le mois de novembre 1901, nous avions commencé,  
avec la collaboration de notre élève GONTIER DE LA  
ROCHE, des recherches pour vérifier les données de  
SCHULZE. Elles nous montrèrent (*C. R. Soc. Biol.* juillet  
1902) la destruction et la disparition totale des acini  
en moins de huit jours, la persistance et même  
l'accroissement des ilots pendant le premier mois au  
moins, leur diminution au bout de deux mois, mais  
leur suppléance probable par certaines dispositions  
nouvelles. Après ligature, la glai-  
de huit jours au type embryon  
constituée alors de véritables  
primitifs portant un grand nom  
prolifèrent, leurs culs-de-sac  
(un à deux mois) par régénérer  
acini, qui sont employés à l'acc  
et dont les éléments tendent, s  
quand la sclérose dissocie les g  
former sur place en éléments end  
exocrines disparaissent donc dès  
tion externe, les éléments que n  
comme endocrines persistent et s  
qu'ils sont bien en effet destinés  
sécrétion persistante, la sécrétion

Il serait intéressant aussi d'étu-

créatiques sous cutanées (dans l'expérience de HÉDON), et de savoir ce qu'y deviennent les éléments endocrines tant que la greffe permet à l'animal de résister au diabète, puis lorsque l'atrophie trop marquée de cette greffe a laissé le diabète s'établir. Mais peu de recherches ont encore été faites dans cette direction. MOURET (C.-R. de la Soc. de Biol., 1895) a examiné 16 greffes pratiquées par HÉDON. Il a constaté qu'elles se sclérosent progressivement; peu à peu les acini seraient étouffés et s'atrophieraient. Malheureusement il n'a pas suivi les ilots. Il s'établissait une glycosurie légère quand la lésion était avancée et dans ce cas l'ablation de la greffe la portait à son maximum. Enfin, la glycosurie s'établissait parfois intense, quand le tissu glandulaire était presque complètement détruit. SSOBOLEW a trouvé dans plusieurs greffes les ilots conservés.

N'ayant examiné nous-mêmes en 1900 (C.-R. de la Soc. de Biol. 1902) qu'une greffe de ce genre datant de trois mois et deux jours, nous n'avons plus trouvé d'ilots, mais constaté la présence d'éléments endocrines disséminés le long des tubes pancréatiques primitifs persistants.

Bien que très incomplètes encore, ces observations de greffes ne semblent donc aucunement en contradiction avec les premières, bien au contraire.

### Recherches cliniques et anatomo-pathologiques (1)

Si les ilots étaient profondément lésés ou en nombre notablement insuffisant toutes les fois que le malade a succombé au diabète pancréatique, si d'autre part les ilots restaient toujours intacts au milieu de lésions pancréatiques graves n'ayant pas déterminé le diabète, la pathologie viendrait apporter une confirmation définitive à la doctrine qui leur attribue la sécrétion interne. Or, s'il y a des discordances, s'il y a encore relativement peu de faits probants, cela tient surtout à ce que les recherches dans cette voie commencent à peine. Mais dès maintenant il existe des cas tellement typiques, qu'il est permis d'attendre avec confiance le résultat des recherches ultérieures. Nous ne nous attarderons guère qu'à l'étude de ces cas.

DIECKHOFF (Thèse inaugurale, Rostock 1894, et *Festschrift für Thierfelder* 1895) semble être le premier qui ait méthodiquement cherché les ilots après autopsie; mais il n'arrive à aucune conclusion certaine. Il faut

ajouter qu'il considère les ilots comme de simples follicules lymphatiques et les appelle souvent *Follicules intertubulaires*. Quand on trouve, dit-il en résumé, des lésions diffuses graves sans qu'il y ait eu diabète, c'est qu'il reste encore assez de substance sécrétante. Ce peut être du parenchyme glandulaire ordinaire. On a pensé aussi, sans preuve à l'appui, qu'il pourrait dans ce cas persister des cellules qui auraient une fonction spécifique (für Zuckerausscheidung), et que ce pourraient être les amas intertubulaires. Or il trouve bien dans des cas d'atrophie avec diabète une diminution du nombre des ilots et même dans un cas (XVIII) leur disparition complète. Inversement, dans deux cas, un de lipomatose et un de pancréatite syphilitique où il n'existait point de sucre dans les urines, il constate la présence des ilots en grand nombre au milieu du parenchyme atrophie.

Mais, d'autre part, dans deux cas sans diabète, il n'a pas trouvé trace d'ilots (1), dans quelques cas de lésion pancréatique accompagnée de glycosurie, il n'observe point de changement dans ces formations.

« Nous ne sommes donc pas en état, conclut-il, en nous basant sur nos recherches, de nous ranger à cette opinion, que l'absence ou la présence du diabète pancréatique dépendrait essentiellement de la proportion des amas intertubulaires ».

KASAHARA d'autre part (*Virchow's Archiv*, Bd. 143, 1896), examinant soixante-douze pancréas d'autopsie, à la suite des affections les plus diverses, trouve souvent le nombre des ilots plus ou moins fortement diminué. Inversement en deux cas de diabète sur trois, il n'a rien eu de particulier à noter; il considère donc le nombre des ilots comme n'ayant aucune importance au point de vue pathologique.

On peut objecter à KASAHARA qu'il ne spécifie point de quelle nature était le diabète dans les deux cas en question (dans le troisième les ilots étaient diminués de nombre). Ses observations, d'autre part, se réduisent à quelques mots souvent très vagues « quelques amas, ... peu d'amas, ... amas assez abondants ». Enfin il faut tenir compte, dans les numérations, du fait signalé plus tard par OPIE, à savoir que les ilots sont normalement bien plus nombreux en certaines régions (queue) qu'en d'autres (tête surtout).

SCHLESINGER (*Virchow's Archiv*, 1898, Bd. 154), dans

(1) Il faut remarquer avec SSOBOLEW que la glycosurie disparaît parfois dans la dernière période, peu avant la mort (bien nettement établi expérimentalement chez le chien) d'où cause d'erreur quand le malade n'a été suivi que quelques jours.

(1) Il ne peut être question ici que d'une esquisse et en nous plaçant uniquement au point de vue d'une lésion des ilots.



x cas de pancréatite syphilitique congénitale, trouve la prolifération diffuse du tissu conjonctif étouffant les acini, mais respectant les ilots.

NAUNYN (*Der diabetes mellitus*, Wien, 1899) trouve les ilots intacts dans deux cas de diabète lié à des lésions cérébrales.

LEFAS (*Archives gén. de médecine*, 1900) les trouve conservés dans la cirrhose du foie.

WASSILJEW (cité par SSOBOLEW) les trouve conservés chez les enfants dans la sclérose pancréatique qui fait suite au catarrhe stomacal.

Dans ces premières observations donc, plusieurs ilots déjà à l'appui de la théorie, rien contre elle qui ne soit très discutable.

SSOBOLEW (*Centralblatt für allg. Path.*, 1900) signale deux cas de diabète où il n'a pu trouver d'ilots dans le pancréas ; c'est le premier auteur qui se prononce nettement en faveur d'une lésion causale des ilots dans le diabète.

Mais ce sont surtout les deux mémoires d'OPPE (*The Journal of experimental Medicine* vol. V, 1900 301, p. 397 et p. 527) qui mettent la question en pleine lumière. Cet auteur montre l'importance de l'étude des pancréatites chroniques, ou l'irritation, moins active que dans les cas aigus, laisse observer des différences de résistance des diverses portions du parenchyme au processus destructif. Il range ces inflammations sous trois chefs : Chez le nouveau-né, *pancréatite syphilitique congénitale* ; chez l'adulte, *pancréatite chronique intertubulaire*, et *pancréatite chronique interstitielle ou interacinéuse*. De la pancréatite syphilitique chez les nouveau-nés il n'a pu étudier que deux cas, mais très nets, où le tissu interstitiel, restant très développé comme chez le fœtus, semble apporter obstacle à la croissance des acini : au contraire les ilots abondent autant que chez le fœtus du cinquième mois. — Chez l'adulte, dans le premier type, *interlobulaire*, les lobules sont de mieux en mieux séparés par des cloisons fibreuses épaissies ; les acini sont plus ou moins atteints, étouffés par places par la sclérose : les ilots persistent intacts, ou sont les derniers à disparaître. Dans le deuxième type, *interacinéux*, la lésion est diffuse, le tissu scléreux apparaît à la fois dans toute l'épaisseur des lobules, dissociant les acini. Ici, au contraire, les ilots sont atteints simultanément, il y a une sclérose autour des ilots (capsule plus ou moins épaisse) et à leur intérieur (pénétration de tissu fibreux long des vaisseaux).

OPPE a examiné onze cas de la variété interlobulaire avec conservation des ilots au milieu d'une glande plus ou moins lésée ou atrophiée ; dans un seul existait une glucosurie légère que faisait disparaître le régime approprié. Comme c'est ce genre de sclérose qui se développe après ligature ou obstruction du canal, cela explique l'absence de glycosurie qu'on observe dans la plupart de ces cas. Elle ne s'établira qu'à la longue, quand tout reste d'ilots aura à peu près disparu.

Au contraire, sur trois cas de la variété interacinéuse examinés, le diabète accompagnait deux fois la lésion. Le troisième était compliqué d'hémochromatose, qui aboutit comme on sait au diabète bronzé. La glycosurie était donc fatale, elle n'a pas eu le temps de s'établir parce que le malade a succombé à une fièvre typhoïde intercurrente. Enfin, dans deux cas de diabète non accompagnés de sclérose du pancréas ou bien n'en décelant que des traces, OPPE montre une lésion très accentuée, mais très spécifique et toute nouvelle, la *dégénérescence hyaline des ilots*. Il conclut en faveur du rôle endocrine des ilots ; c'est leur lésion qui représente la vraie lésion du pancréas dans le diabète.

D'après GENTES (*Thèse, Bordeaux*, 1901), les ilots persistent jusque dans la vieillesse avancée (90 ans) en diminuant de nombre, et, s'entourant d'une véritable coque commencent à se scléroser. Dans un cas de leucémie où tous les organes lymphoïdes étaient hypertrophiés, il trouve les ilots normaux ; cela vient s'ajouter à leur nature lymphoïde. Dans un cas bien caractérisé, il rencontre un diabète en rapport surtout avec les lésions du parenchyme, l'hypertrophie nette du tissu conjonctif telle qu'en certains points le parenchyme tout entier est remplacé par un tissu fibreux. L'auteur se rattache donc à la théorie endocrine ; « à toutes les raisons qu'on peut ajouter les lésions des ilots, l'insuffisance de la sécrétion interne du diabète maigre. »

HERZOG (*Soc. Pathologique de Cl. de Bordeaux*, communication préliminaire qu'il a développée plus loin).

WRIGHT et JOSLIN (*The Journal of Experimental Medicine*, Vol. VI, Juillet-Décembre 1901) ont

de diabète qui paraissent être de variétés très différentes, puisque dans l'un (sans lésion du pancréas) on trouvait une dégénérescence de la moelle épinière. Or, dans deux de ces cas, les ilots présentaient la dégénérescence hyaline signalée par OPIE, et dans l'un d'eux c'était à peu près la seule lésion. Les lésions des ilots sont donc un « facteur important » dans la pathologie du diabète.

WEICHELBAUM et STANGL (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 10 oct. 1904) examinent dix-huit cas de diabète, dans lesquels le pancréas a été fixé peu de temps après la mort au liquide de Muller, au formol, au sublimé, au liquide d'ALTMANN, etc. Dans un seul cas, d'origine évidemment nerveuse (gliome cérébral), il n'y avait aucune lésion du pancréas. Dans les dix-sept autres on y trouvait au contraire des lésions macroscopiques et microscopiques. La glande était plus ou moins fortement diminuée de volume; la graisse toujours augmentée. Dans sept cas le tissu conjonctif inter et intra-lobulaire était à peu près complètement transformé en tissu adipeux (lipomatose).

Le nombre des ilots de LANGERHANS était moindre partout, les ilots restants souvent petits, comme comprimés, ou irréguliers. Leur cytoplasme était souvent raréfié, parfois réduit à quelques filaments et granules, les gouttelettes graisseuses parfois abondantes. Leur stroma conjonctif était au contraire très développé, jusqu'à leur donner souvent un aspect réticulé. Les auteurs arrivent à cette conclusion que dans les maladies du pancréas sans glycosurie, les ilots sont conservés ou moins atteints au milieu d'un parenchyme quelquefois très atrophie; dans le diabète, au contraire, l'atrophie est beaucoup plus marquée sur les ilots que dans le reste du parenchyme. Le diabète ne s'établit, semble-t-il, que quand le processus atrophique frappe surtout les ilots.

CURTIS (*Echo médical du Nord*, 23 mars 1902. *Soc. centrale de méd. du Nord*) constate dans un cas de diabète maigre l'atrophie de la queue du pancréas transformée en un kyste séreux par rétention. Dans la tête de l'organe peu altérée il existe de la sclérose péricanaliculaire, périvasculaire et parfois périacineuse. Cela n'expliquerait pas le diabète, mais on constate la disparition d'une quantité d'ilots de LANGERHANS, dont quelques-uns en outre sont sclérosés ». Il s'agissait ici de sclérose péri et intra-insulaire,

MAX HERZOG (*Virchow's Archiv*, Bd. 168, mai 1902) a étudié cinq cas de diabète. Dans tous, il y avait dimi-

nution du nombre des ilots, allant sur un sujet jusqu'à la disparition totale. Dans un de ces cas, les ilots subissaient la dégénérescence hyaline. Dans les quatre autres ils étaient envahis par la sclérose; dans l'un elle était périinsulaire seulement; dans deux autres péri et intra-insulaire. Dans le quatrième, la sclérose insulaire était totale et chaque ilot remplacé par un petit nodule fibreux au milieu d'un parenchyme relativement intact. L'atrophie des ilots est donc constante, ils sont spécifiquement atteints dans le diabète; cela vient à l'appui de la théorie qui leur attribue une sécrétion interne.

SBOBLEW (*Virchow's Archiv*, Bd. 168, 1902, travail paru en russe sous forme de thèse en 1901), a examiné un assez grand nombre de pancréas d'autopsie. Dans un cas de pseudoleucémie, comme GENTES, il trouve les ilots normaux, non accrus. Dans 17 cas de sclérose de la glande avec atrophie, il a trouvé 6 fois les ilots persistants et en plus grand nombre relatif, isolés ou au milieu de lobules diminués de volume, une fois sclérose plus ou moins marquée des ilots, trois fois sclérose moyenne plus marquée du parenchyme avec conservation des ilots, deux fois forte sclérose où le pancréas presque entier était transformé en tissu fibreux et graisseux, et où pourtant on trouvait des groupes d'ilots intacts; enfin dans cinq cas de pancréatite d'origine syphilitique chez le nouveau-né, des ilots nombreux et intacts dans un parenchyme raréfié. En résumé, dit-il, dans les modifications atrophiques, chez les non-diabétiques, les ilots persistent, se montrent les éléments les plus résistants de la glande. Dira-t-on que si les lésions atteignent davantage les acini, c'est qu'elles suivent les canaux? Mais le virus syphilitique ne suit pas les canaux; or il agit aussi bien sur eux que sur les autres éléments. Leur différence de réaction ne peut s'expliquer que par leur rôle physiologique et leur capacité plus grande de résistance. Mais elle subit de grandes variations individuelles.

D'autre part SBOBLEW a pu observer quinze cas de diabète dont six appartenaient à la variété clinique dite maigre (la forme de la maladie n'étant pas mentionnée dans les autres). Or, dans treize cas sur quinze le nombre des ilots était diminué, jusqu'à disparition complète dans quatre cas.

Les ilots restants étaient lésés, plus lésés que le parenchyme. Enfin dans un seizième cas, qu'il nomme

glycosurie aiguë à la suite d'une gastro-entérite, il trouve en même temps qu'une nécrose de la muqueuse duodénale, une modification notable des ilots, même dans les régions saines du parenchyme (cellules petites, sans limites nettes, parfois noyaux libres mal colorés). Dans le diabète par conséquent, contrairement à ce qui arrive dans la sclérose simple, les ilots se montrent les éléments les moins résistants de la glande. Le lésion des ilots n'est pas amenée secondairement par des troubles de nutrition ou de circulation, ni par la compression, comme le montre leur persistance chez les animaux dans le cas de ligature, chez l'homme, dans le cas de sclérose avancée.

Ajoutons que OPIE, WRHIGT, et JOSLIN, HERZOG, GENTES, SSOBOLEW, WEICHELBAUM et STANGL ont donné à l'appui de leurs descriptions des figures souvent très concluantes.

Nous avons eu nous-même récemment entre les mains un certain nombre de pancréas, provenant de malades atteints de diabète et dont l'examen nous était demandé par notre ancien maître, M. le professeur LANCEREAUX. Comme il se réserve de publier le résultat de ces examens avec les observations cliniques, nous n'en parlerons pas ici. Nous dirons pourtant qu'ils ont suffi pour nous convaincre que, d'une façon constante, les ilots sont plus ou moins considérablement diminués de nombre, parfois absents. Ajoutons que dans un des pancréas que nous avons reçus, pièce sans mention aucune et où le parenchyme exocrine était en voie de disparition, il existait en un point une véritable petite glande endocrine appendue à la veine splénique, formée d'un amas considérable d'ilots volumineux, généralement bien conservés.

Le développement d'un tel amas nous semble être un épisode typique de la défense de l'organisme contre l'invasion de la glycosurie. Cette glande était-elle restée suffisante jusqu'au bout ? ou pendant longtemps tout au moins ? c'est ce que montrera probablement l'observation clinique.

Assurément ce chapitre d'anatomie pathologique commence à peine à s'esquisser et bien faible encore est le nombre des cas où l'observation clinique complète, l'autopsie, et l'examen microscopique des organes ont pu être faits avec tous les détails et toutes les précautions nécessaires. L'heure n'est donc pas encore venue, croyons-nous, de discuter à fond tous ces faits et d'en tirer des conclusions fermes. Ce ne pouvait être notre but dans ces quelques pages.

Mais dès à présent, dans l'intérêt même des recherches futures, il nous a paru nécessaire de grouper tous ces faits pathologiques autour de la base histophysiologique qui leur a servi de point de départ, et de montrer qu'on y trouve déjà un sérieux appui à la théorie que nous soutenons depuis 1893.

En effet, s'il y a dans les observations présentées jusqu'ici quelques lacunes et parfois quelques contradictions, le plus souvent dans leur ensemble elles aboutissent à cette double conclusion : Dans les cas de diabète maigre et parfois dans d'autres formes, il y a lésion des ilots, et souvent des ilots seuls ; dans les cas de lésions pancréatiques graves sans glycosurie, ce sont au contraire les ilots qui échappent à la lésion, qui souvent y échappent seuls.

Mais ces conclusions s'affirment avec plus de force si nous nous limitons à quelques cas typiques sur lesquels nous devons revenir.

Prenons d'abord ceux où l'on n'a pu noter aucun symptôme de diabète. Tel est par exemple le cas XII de OPIE (Homme de 43 ans, tuberculose pulmonaire). Le canal de WIRUNG est très distendu par de nombreux calculs. Du parenchyme exocrine il ne reste plus que quelques petits lobules étouffés. La glande est presque entièrement remplacée par une masse fibreuse ; mais dans cette masse, surtout à l'extrémité splénique, la partie endocrine de la glande a persisté ; on retrouve isolés dans le tissu fibreux, abondants par places, les ilots de LANGERHANS généralement intacts. Ne sont-ce pas ces ilots, qui comme dans les expériences sur le cobaye, le lapin, le chien, protègent le sujet contre l'établissement de la glycosurie ?

Et dans le cas XIII, assez analogue, où les ilots sont souvent situés côte à côte, séparés seulement par une petite quantité de stroma, de sorte qu'on en trouve dix à douze dans un champ à un faible grossissement, nous voyons bien apparaître une glycosurie, mais légère, et qu'un régime approprié suffit à chasser. Pourquoi ? C'est que ces ilots si nombreux commencent à être impliqués dans le processus de sclérose ; non seulement ils sont comprimés, mais le tissu fibreux se glisse à leur intérieur le long des vaisseaux ; la glande endocrine commence à devenir insuffisante. C'est vraisemblablement ici qu'il faudra ajouter le cas de M. LANCEREAUX dont nous avons fait l'examen, quand l'observation clinique y sera jointe.

Venons-en maintenant à quelques malades présentant au contraire un diabète maigre accentué. Voici

par exemple la négresse tuberculeuse de 54 ans, dont OPIE, dans son deuxième mémoire de 1901, nous présente l'observation complète. Elle est morte au bout d'une semaine d'hôpital. Pendant ce court séjour ses urines contenaient de 40 à 54 grammes 4 de sucre par litre. La tuberculose a commencé onze mois avant, puis quelques mois plus tard s'établissaient une polyurie et une polydipsie intenses. Or, le parenchyme du pancréas est presque intact (1), on y trouve à peine quelques petits foyers disséminés de sclérose périacineuse : acini, canaux excréteurs, vaisseaux sont normaux. Une seule lésion est notable, et elle porte *exclusivement sur les îlots, sur la presque totalité des îlots*. Rarement on en trouve un qui soit intact. Les moins altérés montrent des cellules isolées ou des petits groupes de cellules qui subissent une altération de leur protoplasme, se teignent en plus foncé par la méthode de MALLORY, augmentent de volume, puis perdent leur noyau, et se transforment chacune en une petite masse hyaline, qui se fusionne bientôt avec les voisines (2).

En regard de cette observation, nous pouvons placer le cas V de MAX HERZOG, qui montre une lésion presque exclusive des îlots, mais toute différente.

Il s'agit d'un homme de trente ans, atteint d'une forme grave de diabète, avec une grande quantité de sucre dans les urines, un grand amaigrissement, pleurésie suppurée à droite. Or, le pancréas est de volume moyen, de consistance normale, poids 90-100 grammes. Il a été fixé au liquide de ZENKER, et plusieurs centaines de coupes y ont été pratiquées. Le parenchyme est presque normal avec un léger degré de sclérose interlobulaire et par places interacineuse. Mais *on ne trouve plus un seul îlot*. A l'intérieur des lobules, assez généralement vers leur centre, au point qu'occupent de préférence les îlots, on trouve de petits nodules fibreux arrondis ou polygonaux, qui semblent en être le dernier vestige. Comme dans l'observation d'OPIE une bonne figure ne laisse aucun doute sur l'exactitude de la description.

Ne semble-t-il pas dès lors que l'observation de certaines scléroses consécutive à l'occlusion du canal (ligature, compression ou calcul) d'une part, de

certains cas de diabète grave de l'autre, nous permettant de pratiquer une sorte de dissociation fonctionnelle de la glande qu'on tenterait difficilement par d'autres moyens, analogue pourtant à celle que l'on peut obtenir chez le cobaye. La sclérose qui suit l'occlusion détruit la partie exocrine et ne laisse en place que l'endocrine, le diabète souvent détruit au contraire la portion endocrine seule, et fait de l'organe une simple glande digestive. La lésion s'attaque alors directement à l'îlot. Tantôt c'est par une sclérose qui peut être *insulaire exclusive et totale* et dont la cause première doit résider dans la cellule endocrine même ; tantôt c'est une lésion bien évidente de cette cellule, vraisemblablement un trouble irritatif de la fonction élaboratrice elle-même (1), qui conduit à la dégénérescence hyaline.

De cette courte étude nous tirerons pour finir deux conclusions :

1° Dès maintenant les faits anatomo-pathologiques (expérimentaux ou autres) apportent un sérieux appoint en faveur de la théorie que nous avons émise en 1893 et qui consiste à considérer les îlots de LANGERHANS comme les organites de la sécrétion interne du pancréas (2).

2° Dès maintenant aussi, il paraît évident que la lésion des îlots est un des facteurs les plus importants dans la pathogénie du diabète, et particulièrement de la forme qui a été décrite sous le nom de diabète maigre par notre maître le professeur LANCEREAUX.

Mais il sera nécessaire, pour déterminer définitivement le rôle de ce facteur, d'accumuler patiemment de nombreuses observations cliniques bien complètes, suivies d'un examen microscopique méthodique et détaillé des différentes parties du pancréas. Cet examen devra être pratiqué le plus tôt possible après la mort, dans les meilleures conditions de fixation, et avec liquides fixateurs différents. Le pourcentage des îlots devra être fait avec soin pour les différentes régions du pancréas, en comparaison avec un pancréas sain et

(1) Une sorte d'*insulite*, si l'on peut employer ce mot.

(2) Cette sécrétion interne peut avoir des actions multiples, contenir des substances diverses ; nous ne voulons rien en préjuger ; ce qui est certain c'est qu'en premier lieu elle agit comme régularisatrice des métamorphoses du sucre dans l'organisme, des échanges sucrés pour employer un terme plus concis. Peu important les divergences qui peuvent partager les physiologistes sur le mode d'action de cette sécrétion : tous sont d'accord sur un point, c'est qu'elle existe. Pour notre part, comme nous l'avons dit dès 1896 (*Journ. Anat.*, p. 222), à propos des îlots à hématies, nous croirions assez volontiers à une action de cette sécrétion sur les albuminoïdes du sang (particulièrement sur les hématies), favorisant peut-être les combinaisons instables d'albuminoïdes avec le sucre qu'admettent DRESCHSEL, PAVY, etc... SSOBOLEW tend également dans ce sens.

(1) Bonne fixation au liquide ZENKER.

(2) N'est-ce pas une altération du processus même de sécrétion, comme le donnerait à penser la 1<sup>re</sup> observation du même genre où la substance hyaline s'accumule d'abord entre les capillaires et les cordons cellulaires pleins ? Beaucoup d'îlots sont complètement transformés, ont subi la dégénérescence hyaline totale. La lésion est strictement limitée aux îlots, et l'on n'en trouve de similaires dans aucun autre organe.

en tenant compte de l'abondance plus grande des ilots dans la queue de la glande normale signalée par OPIE.

Mais les ilots eux-mêmes devront être surveillés avec soin. Jusqu'ici, en effet, on n'a guère vu que de grosses lésions : destruction des ilots, leur sclérose, dégénérescence hyaline avancée ; il doit y en avoir d'autres que seul un examen attentif pourra déterminer. Puisque les ilots proviennent des acini, il est probable que parfois cette transformation est gênée, arrêtée même, et nous croyons avoir aperçu des indices de cette gêne dans deux cas ; mais ici les pièces fixées à l'alcool ou au formol, telles qu'on les reçoit généralement, ne sont guère favorables à l'étude, et l'emploi de liquides fixateurs plus précis et variés est indispensable.

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Qu'est-ce qui détermine le sexe ? par le docteur VAN LINT, médecin assistant à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles ; un volume in-16 de 77 pages, cartonné. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, VI<sup>e</sup>.

Ce qui détermine le sexe pour l'auteur, c'est l'inégalité de force des générateurs ; la descendance étant du sexe du procréateur le plus faible au moment de la fécondation.

Il essaie de prouver qu'un ovule fécondé par un spermatozoïde plus fort que lui donne naissance à un organisme femelle ; fécondé par un spermatozoïde plus faible, il donne naissance à un organisme mâle.

Comme il y a, habituellement, parallélisme de vitalité, entre les cellules somatiques et les cellules sexuelles, nous disons que, en général, quand la mère est plus faible que le père, elle met au monde une fille, tandis que, quand elle est plus forte que le père, elle donne naissance à un garçon.

A la question brûlante et toujours pendante : Pouvons-nous intervenir dans la détermination du sexe, il répond : Oui, théoriquement. Il suffit d'affaiblir le parent dont nous voulons avoir le sexe et de fortifier l'autre.

Pratiquement, notre intervention ne peut-être que partielle : nous ne pouvons permettre à un individu de s'affaiblir volontairement, car nous ne perdons pas de vue les dangers auxquels il s'expose, lui, et sa descendance.

Ce qui pourrait seulement être tenté, c'est de fortifier, par tous les moyens que l'hygiène et la thérapeutique mettent à notre disposition, le parent le plus faible dans le cas où celui-ci ne désirerait pas voir reproduire son sexe.

Livre intéressant, clairement écrit, de vulgarisation, plutôt que de recherches personnelles, ce petit volume de 76 pages mérite d'être dans la bibliothèque du praticien qui se préoccupe de ces questions d'hérédité. Dr F. C.

## MOTS DE LA FIN

- Un professeur, présentant un fémur au candidat :
- Veuillez me dire quel est cet os ?
- L'élève, après avoir tourné et retourné l'os dans tous les sens, répond avec assurance :
- Monsieur, ceci est un os de mort !

(Lyon Médical).

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

#### BULLETIN

Le Concours de l'Internat pour les hôpitaux de Lille s'est ouvert lundi matin, 3 novembre, à l'hôpital de la Charité, sous la présidence de M. le doyen COMBEMALE, administrateur des hospices. Le jury était composé de MM. FOLET, président ; GAULARD, SURMONT, CARLIER, DELÉARDE, juges. Il s'est terminé par la nomination par ordre de mérite de MM. CAUDRON, LEENHARDT, TACCONET, internes titulaires ; OBERS, interne provisoire.

La question écrite était ainsi conçue : *Péritoine pelvien ; Péritonite tuberculeuse*. Étaient restées dans l'urne les questions suivantes : *Nerf radial, paralysie du nerf radial ; Anatomie des voies biliaires, causes et symptômes des obstructions biliaires ; Rapports du cœur, asystolie*.

L'épreuve orale de dix minutes a porté sur le *Gottre exophthalmique*. Les questions non sorties étaient : *Causes, symptômes et diagnostic des rétrécissements pyloriques ; Phlegmatia alba dolens*.

L'épreuve dite « de garde » a porté sur la *conduite à tenir* : 1) *en cas de plaie de la paume de la main*, et 2) *en cas d'inertie utérine*. La question non sortie concernait *Les divers modes de la délivrance et la ponction de la vessie*.

Il ne me paraît pas inutile de faire suivre ce procès verbal sommaire du concours auquel j'ai eu l'honneur d'assister comme juge, de quelques réflexions rapides. Une première constatation à faire est que l'éducation médicale générale des candidats est très bonne, excellente même pour quelques-uns. On sent, particulièrement à la lecture des copies, que l'effort de travail que nécessite actuellement la préparation de l'internat, à Lille, a porté ses fruits, et qu'on est en face d'une érudition robuste, acquise par un labeur continu et méthodique, et non pas des élucubrations mal coordonnées d'un cerveau encore endolori de l'effort tardif fait dans les dernières semaines pour remplir des cases jusque-là trop vides. Tous ceux qui s'intéressent à la prospérité de l'enseignement médical dans notre Faculté ne peuvent que se réjouir de cette constatation. Aussi, convient-il de féliciter les dévoués chefs des Conférences préparatoires à l'Internat des résultats par eux obtenus, et de les engager à continuer et à perfectionner toujours leur œuvre d'intérêt commun, aussi utile aux chefs de service et aux malades qu'à leurs camarades eux-mêmes.

J'attire l'attention de MM. les chefs de Conférences sur les plans des questions. Ces plans m'ont paru d'une très grande netteté, particulièrement en anatomie, mais un peu uniformes surtout en pathologie. Il faut habituer les candidats, après avoir bien défini leurs questions, à ne pas les commencer invariablement par l'étiologie, pour les continuer par l'anatomie pathologique et les finir par le traitement. Le plan doit se modeler sur le sujet à traiter, et non le sujet sur le plan, et il doit être toujours conçu de façon à permettre au candidat de montrer qu'il suit toute la question en n'omettant rien, mais aussi de façon à lui faire mieux dire les choses les plus intéressantes en y consacrant un peu plus de temps, et en passant plus rapidement sur le reste. Or, ce qui est intéressant dans une question de pathologie, c'est ici, l'étiologie, et là, l'anatomie pathologique, dans un cas, la pathogénie, ailleurs, le diagnostic; en un mot, cela est variable suivant la question.

Ce qui m'a frappé le plus dans le concours et ce qui me paraît tout à fait digne d'attention, c'est la psychologie des candidats. S'il est vrai que dans une bataille, le moral des combattants a plus d'importance pour la victoire finale que l'armement des adversaires, quand il n'est pas trop disproportionné, bien entendu, la plupart des candidats sont exposés à bien des déboires dans les concours. Ils ont l'air d'aller au concours comme à une corvée commandée; jamais on ne croirait, à les voir, qu'il s'agit de jeunes gens affrontant de propos délibéré une épreuve à laquelle ils se sont préparés depuis de longs mois, et dont ils espèrent ardemment la réussite. On dirait qu'au lieu de chercher occasion de briller, ils ne cherchent que l'occasion de filer. Pourtant, la première condition pour réussir au concours, c'est de le passer jusqu'au bout; et quand on se dérobe au premier obstacle, on risque de voir arriver des concurrents moins bien armés peut-être au point de vue scientifique, mais mieux trempés au point de vue moral.

Quel est le point de départ et l'explication de cet état psychologique? C'est bien difficile à dire. Est-ce un amour propre exagéré et la crainte de se diminuer dans l'estime des juges ou celle des auditeurs, en faisant une question où l'on se croit insuffisant? Ce serait bien illogique, car les juges savent que la meilleure mémoire peut avoir un instant de défaillance, et seuls les gens qui n'ont jamais concouru sont sans indulgence pour les autres; quant aux auditeurs, ils n'ont qu'une manière de montrer qu'ils peuvent faire mieux que le candidat qui passe, c'est de concourir contre lui. Est-ce au contraire excès de timidité ou défiance de soi-même? Je suis beaucoup plus porté à le croire; la timidité d'un grand nombre est notoire, bien qu'elle ne soit plus de mise quand on a vingt-quatre ans et toute sa barbe, ou au moins le droit de la porter. Quant à la méfiance de soi, c'est un mal endémique à la Faculté. On ne se présente pas à un concours de fin d'année parce que X... qui a la réputation d'être très fort, ou Y... qui est le lauréat de l'année précédente, ont fait mine de bouger; de même à l'internat; dès l'énoncé de la question, on suppose que le voisin va faire mieux, et sur cette

simple supposition, on court prendre le tramway pour rentrer plus vite chez soi. Qu'en résulte-t-il? C'est que dès qu'on a repris ses sens, on se mord les pouces d'avoir été si sot en se disant qu'on aurait pu passer tout aussi bien que X... ou que Y..., qui ont plus d'estomac.

MM. les Chefs de conférence feront bien d'entraîner pendant l'année les candidats sur ce point particulier. Pour réussir un concours, il faut certes savoir concourir, mais il est tout aussi nécessaire de *vouloir* énergiquement concourir. Il en est de même dans la vie, pour réussir sa carrière, il ne suffit pas de savoir, il faut encore vouloir. Peut-être serait-il très utile, à ce point de vue, pour aguerrir les candidats, de les essayer deux ou trois fois dans la dernière année, en guise de répétition générale, à un concours complet, dont seraient les juges, soit les chefs de conférences eux-mêmes, soit mieux encore les chefs de clinique ou anciens chefs de clinique de la Faculté ne dirigeant pas ou ne dirigeant plus de conférences. En tous cas, par ce moyen ou d'autres appropriés, il est absolument nécessaire de tonifier préventivement le moral des futurs candidats. Ce doit être pour les chefs de conférences l'objectif des efforts de toute l'année.

Il semble aujourd'hui bien établi pour tout le monde qu'il serait plus logique et plus conforme à la fois aux intérêts des malades et à ceux de tous les étudiants, que le nombre des places d'internes titulaires mises au concours chaque année fût uniformisé, et égal au tiers du chiffre total des emplois, la durée de l'internat à Lille étant de trois ans. De cette façon, la difficulté des épreuves serait plus comparable d'une année à l'autre, les départs d'internes titulaires se feraient plus régulièrement au grand contentement des chefs de service et au grand bénéfice des malades, et il serait toujours facile de pourvoir par la nomination d'un nombre variable de provisoires, aux nécessités des services. Il faut espérer que l'Administration des hospices donnera satisfaction sur ce point à l'opinion générale.

Enfin, la présence parmi les candidats d'un interne provisoire d'une autre ville, qui, après de brillantes épreuves, a été reçu interne titulaire des hôpitaux de Lille, a rappelé au jury l'inégalité flagrante dans laquelle les règlements actuels placent nos élèves vis-à-vis de ceux d'autres universités. En effet, les externes des hôpitaux de toutes les villes qui sont le siège d'une Faculté de Médecine, peuvent à l'heure actuelle se présenter à l'Internat des hôpitaux de Lille, alors que la réciprocité n'est pas admise par les administrations de quelques-unes de ces villes. Le jury a donc émis à l'unanimité le vœu que des démarches soient faites auprès des administrations compétentes pour obtenir l'égalité de traitement pour nos élèves, faute de quoi serait enlevé aux élèves des administrations non consentantes, le privilège dont ils jouissent jusqu'à présent.

H. SURMONT.

— Le concours pour l'externat s'est ouvert, lundi 3 novembre, devant un jury présidé par M. le professeur-doyen COMBEMALE, membre de la Commission des Hospices, et composé





# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT  
5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT  
pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : **MM. les Docteurs :**

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux.  
**POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX :** La conférence internationale de la tuberculose, par le docteur **A. Calmette**, directeur de l'Institut Pasteur. — La médecine des accidents du travail au point de vue médico-légal, par le docteur **Deléarde**. — **ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES.** — **VARIÉTÉS ET ANECDOTES.** — **INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.** — **MOTS DE LA FIN.** — **NOUVELLES ET INFORMATIONS.** — **STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.**

## TRAVAUX ORIGINAUX

### La conférence internationale de la tuberculose

Berlin, 21-26 octobre 1902

Par le docteur **A. Calmette**, directeur de l'Institut Pasteur de Lille

La conférence internationale qui vient d'être tenue à Berlin pour l'étude des questions relatives à la lutte sociale contre la tuberculose avait été organisée par le Comité du bureau central international dont un vote du Congrès de Londres décida, en juillet 1901, la création. Ce comité était composé, pour l'Allemagne, des professeurs **VON LEYDEN**, **B. FRAENKEL**, **GEERHARDT** (mort récemment) et **PANNWITZ**, sous la présidence de **M. ALTHOFF**, directeur des affaires médicales au ministère de l'Instruction publique du royaume de Prusse et d'un certain nombre de délégués étrangers. **M. PANNWITZ**, secrétaire général de la Croix-Rouge allemande, désigné comme secrétaire général du Bureau central international, avait préparé le programme des travaux de la Conférence, et tous les

médecins étrangers qui ont pris dans ces dernières années une part active à la lutte anti-tuberculeuse ont été priés d'y assister.

Le palais du Landtag de Prusse avait été mis tout entier à la disposition du Comité et les séances se tenaient dans la grande salle des délibérations. Un musée d'hygiène et de prophylaxie sociale anti-tuberculeuse s'y trouvait annexé. Ce musée, très riche, était divisé en neuf sections comprenant l'outillage anti-tuberculeux et les documents scientifiques qu'il y avait intérêt à grouper pour l'instruction des visiteurs.

La séance d'ouverture, présidée d'abord par le comte de **POSADOWSKY-WEHNER**, ministre de l'Intérieur et vice-chancelier de l'empire, puis par le président de la délégation française, le professeur **BROUARDEL**, fut consacrée aux discours de bienvenue et à un exposé fait par les présidents des délégations de l'état de la lutte anti-tuberculeuse dans chaque pays.

On aborda ensuite la liste des communications inscrites à l'ordre du jour de cette première séance. Les principales ont porté sur les différents modes d'hospitalisation et d'assistance des tuberculeux, l'organisation des sanatoriums, des polycliniques et des dispensaires, l'éducation anti-tuberculeuse du peuple, la surveillance des écoles, des ateliers et des logements insalubres, enfin sur la déclaration obligatoire de la tuberculose.

Aucune de ces questions n'a été discutée : chaque



orateur a dû se borner à exposer les conclusions de son rapport et l'ensemble de ces documents sera réuni en un volume qui paraîtra dans quelques semaines.

L'un des plus importants a été présenté par M. le professeur LANDOUZY en son nom et en celui de MM. SERSIRON et Albert WEIL, ses collaborateurs. Il se rapporte à l'éducation anti-tuberculeuse scolaire. M. LANDOUZY estime avec raison que l'éducation anti-tuberculeuse ne saurait commencer trop tôt et qu'elle doit être donnée par l'instituteur à l'école en même temps que les premiers enseignements de morale ; et pour rendre cet enseignement possible et pratique, il a imaginé de créer un organe éducateur spécial qui se compose de deux parties : 1° un schéma-conférence, sorte de canevas destiné au maître, traitant succinctement des rapports de la tuberculose avec les milieux (villes, campagne, professions), avec la consommation d'alcool, avec ce que coûte de peines, de douleurs, d'infirmités, de chômage et d'argent la tuberculose dans les familles ; 2° une série d'images coloriées transparentes qu'on peut montrer à la lanterne magique et qui se rapporte à toute l'histoire de la tuberculose. On pourra ainsi fixer dans l'esprit des enfants, comme le font les images d'Epinal, les fables de La Fontaine, ou les contes de fées, une foule de notions d'hygiène pratique antituberculeuse qui les accompagneront définitivement dans la vie.

Plusieurs membres de la conférence, les docteurs CALMETTE (de Lille), DE LANCASTRE (de Lisbonne) et VAN BOGGAERT d'Anvers) ont abordé ensuite dans une série de rapports la question de l'assistance des tuberculeux non sanatoriabiles et de leurs familles. Le Dr CALMETTE expose qu'en raison des capitaux énormes dont elle pouvait disposer, grâce à ses admirables institutions d'assurances ouvrières, l'Allemagne a pu orienter la lutte contre la tuberculose vers le sanatorium. En France la situation est tout autre. La lutte antituberculeuse ne peut compter chez nous que sur l'assistance publique et la bienfaisance privée, aidée de quelques subventions de l'Etat, généralement prélevées sur les fonds du Pari mutuel. D'autre part, les Sociétés de secours mutuels n'ayant pas les ressources suffisantes pour construire des sanatoria, force était de s'orienter autrement. Il était nécessaire de chercher à combattre la diffusion de la tuberculose dans les milieux ouvriers en instituant dans chaque ville des œuvres locales, entretenues autant que

possible par les municipalités et les groupements sociaux intéressés et ayant pour objectifs principaux la prophylaxie antituberculeuse, l'assistance à domicile des malades et l'éducation hygiénique des familles.

Ces œuvres dont la dénomination la plus généralement adoptée est celle de *dispensaires antituberculeux* se sont multipliées surtout depuis deux ans. Elles ne visent pas à remplacer la sanatorium qui doit être regardé comme le seul instrument efficace pour la cure de la tuberculose. Elles constituent seulement un moyen d'étendre au plus grand nombre possible de malades pauvres les bénéfices d'une assistance médicale et matérielle suffisante pour subvenir aux besoins les plus pressants et elles sont surtout un instrument précieux d'éducation populaire et de propagande antituberculeuse.

Malheureusement, si les conceptions qui ont guidé la plupart des organisateurs de ces dispensaires ont toujours été inspirées par des sentiments élevés de philanthropie et de solidarité humaine, il faut reconnaître que, presque partout, on a commis l'erreur grave de calquer le fonctionnement de ces œuvres sur celui des polycliniques ou des consultations de Bureaux de bienfaisance. Or, en matière de lutte antituberculeuse, il est indispensable de faire passer au second plan le rôle du médecin consultant. Il fallait surtout s'occuper de rechercher les malades, de les instruire de la nécessité de prendre des mesures particulières d'hygiène dans leur propre intérêt et dans celui de leur entourage ; il fallait veiller à la propreté et à la salubrité de leur logement ; il fallait prendre leur linge contaminé, le désinfecter et le blanchir ; il fallait surtout leur donner en abondance des secours alimentaires pendant toute la période de chômage que leur impose la maladie. Telle a été l'œuvre entreprise et poursuivie depuis près de deux ans par le dispensaire *Emile Roux*, de Lille.

La haute portée des institutions de ce genre dans la lutte sociale antituberculeuse a eu son retentissement en France : trois dispensaires municipaux vont être créés à Paris sur le même type que celui de Lille. Nantes, Autun, Dijon, Reims ont suivi l'exemple. En Belgique, les dispensaires de la province de Liège institués par MALVOZ ont donné d'excellents résultats. Il en existe aujourd'hui à Bruxelles, à Mons, à Charleroi, à Tournai et il vient d'en être créé un autre à Anvers, dont le Dr VAN BOGGAERT a exposé à la conférence le mode de fonctionnement.

Cette conception toute française de la lutte antituberculeuse a été accueillie avec beaucoup d'intérêt et d'attention par les membres allemands de la conférence qui lui ont reconnu le mérite de constituer à peu de frais un moyen puissant de prophylaxie et qui vont s'appliquer à la faire adopter tant par les caisses régionales d'assurances-invalidité que par la Croix-Rouge allemande.

Le « clou » de la conférence a été réservé pour la dernière séance, dans laquelle on a agité la grande question de l'unité ou de la dualité des tuberculoses humaine et animale, que la retentissante communication de Robert Koch au congrès de Londres avait remise en discussion alors qu'elle paraissait jugée depuis longtemps en faveur de l'unité par tous les bactériologistes et par tous les cliniciens. Le professeur KOEHLER, directeur de l'Office impérial de santé, a ouvert le débat par un long rapport très documenté et résumant exactement mais sans conclusions positives l'état du problème.

Le professeur NOCARD, d'Alfort, a fait ensuite un lumineux et très éloquent exposé de ses importants travaux personnels sur la question. Il montre tout d'abord que la démonstration expérimentale de la transmission de la tuberculose bovine à l'homme étant irréalisable, on peut, du moins, rechercher s'il est possible d'infecter les animaux par la voie gastro-intestinale avec des cultures pures de tuberculose d'origine bien déterminée. Dans le but d'élucider ce problème, il a choisi l'animal qui présente les rapports physiologiques les plus étroits avec l'espèce humaine : il a fait ingérer à des singes quelques repas infectants composés de riz cuit et sucré mélangé pour les uns avec de petites quantités de cultures pures de tuberculose bovine, pour les autres avec des quantités égales de cultures de tuberculose humaine. Or il s'est trouvé que tous ces animaux sans exception ont pris la tuberculose intestinale et que ceux qui avaient ingéré la tuberculose bovine ont succombé plus rapidement que ceux qui avaient ingéré la tuberculose d'origine humaine. Il semble donc difficile d'admettre que l'homme, placé dans des conditions semblables, ne se comporterait pas de la même manière.

M. NOCARD insiste sur ce fait que la tuberculose intestinale primitive est évidemment rare, parce que l'infection par le tube digestif s'effectue toujours difficilement et seulement lorsque les bacilles sont

ingérés en grande quantité ou pendant longtemps. Mais il n'en résulte pas moins que cette ingestion présente de réels dangers, surtout chez les jeunes enfants et chez les malades ou les convalescents pour lesquels le lait constitue l'aliment principal et exclusif. Aussi doit-on maintenir et rendre même plus rigoureuses encore les mesures de protection basées sur la surveillance du lait et des laiteries. Il faut toujours recommander de faire bouillir le lait, puisque c'est le meilleur moyen de supprimer un mode de contamination dont l'expérimentation affirme la possibilité, sinon la fréquence.

L'examen des cas assez nombreux d'infection accidentelle de vétérinaires ou de bouchers ayant manipulé des viandes tuberculeuses démontre que dans certaines circonstances la tuberculose bovine a produit des lésions qui sont restées locales, alors que parfois ces lésions ont abouti plus ou moins rapidement à une tuberculose généralisée. D'autre part, il n'est pas douteux que certains bacilles d'origine humaine sont incapables d'infecter le bœuf, même par voie intraveineuse, comme l'a montré R. Koch, alors que des bacilles humains d'autre provenance se sont montrés parfaitement virulents et mortels pour le bœuf. M. NOCARD en conclut qu'il existe chez le bacille tuberculeux comme chez tous les microbes pathogènes, des races douées de virulence variable, les unes provenant de l'homme ou d'autres animaux, capables d'infecter le bœuf, les autres non virulentes pour le bœuf, pour l'homme et même pour des animaux moins résistants. On ne comprendrait guère d'ailleurs qu'il en pût être autrement car l'étude biologique des microbes pathogènes nous apprend que chacun d'eux est susceptible d'acquérir ou de perdre sa virulence suivant la réceptivité ou la résistance des organismes vivants qui l'hébergent.

Le professeur ARLOING, de Lyon, vient, après M. NOCARD, soutenir la même thèse qu'il appuie sur ses nombreuses expériences personnelles, dont la plupart ont déjà été publiées. Il a expérimenté avec des bacilles tuberculeux humains de cinq origines différentes et a vu que certains de ces bacilles injectés aux veaux par voie intraveineuse, tuent très rapidement ces animaux, alors que d'autres leur communiquent seulement une maladie bénigne sans lésions apparentes.

D'autres orateurs, MM. Max Wolf, Orth, Bang rapportent à leur tour des faits positifs d'inoculation de

tuberculose humaine aux bovidés, tandis que MM. BAUMGARTEN et MOELLER citent des faits négatifs qu'ils ont observés.

Le professeur R. KOCH clot le débat par une brillante conférence qui a duré plus d'une heure et au cours de laquelle il n'a cité aucun fait nouveau capable d'entraîner la conviction dans l'esprit de ses nombreux contradicteurs. Il a rappelé les arguments qu'il avait fait valoir au congrès de Londres, en insistant particulièrement sur les résultats négatifs de l'enquête qu'il poursuit actuellement auprès des instituts anatomo-pathologiques et des cliniques de tous les pays. Cette enquête prouve surabondamment, à ses yeux, l'extrême rareté de la tuberculose intestinale primitive et aussi l'inutilité de l'ébullition du lait, puisque les bacilles tuberculeux sont souvent très abondants dans la crème et dans le beurre, denrées alimentaires qu'on ne stérilise cependant jamais avant de les consommer.

D'après M. KOCH, chez les enfants, la tuberculose intestinale n'est presque jamais primitive : elle résulte d'une infection secondaire et la cause de contamination de beaucoup la plus fréquente dans le jeune âge est certainement l'apport des poussières à la bouche avec les mains que les enfants promènent sans précaution sur le sol et sur les objets qui ont pu être souillés de crachats tuberculeux.

Le savant bactériologiste allemand estime que les dangers du lait ont été beaucoup exagérés en admettant qu'ils existent et qu'on a dépensé des sommes énormes pour protéger l'homme contre la contagion par la tuberculose bovine sans résultats appréciables, alors que la contagion d'homme à homme par les poussières de crachats tuberculeux étant, à coup sûr, très commune et très grave, on n'a presque rien fait jusqu'à présent pour l'éviter.

Placés sur ce terrain, on est obligé de reconnaître que les arguments du professeur R. KOCH sont très solides. Il n'est pas douteux qu'on doive continuer à prendre des précautions pour éviter la transmission possible de la tuberculose des bovidés à l'homme par le lait des vaches atteintes de mammites tuberculeuses, mais il faut de toute évidence diriger à l'avenir la plus grande partie de nos efforts vers la lutte contre la transmission, infiniment plus fréquente, de la tuberculose de l'homme à l'homme et réserver la plus grande somme de nos ressources et de notre énergie pour combattre celle-ci.

Telle doit être la conclusion définitive de cet important débat.

\* \* \*

Dans l'intervalle des séances de la conférence, les délégués ont été invités à visiter l'Institut des maladies infectieuses, dirigé par le professeur KOCH, et les deux sanatoriums de Belzig et de Beelitz. Le sanatorium de Belzig, déjà construit depuis une dizaine d'années, est actuellement divisé en trois parties : l'une, comprenant 97 lits, est affectée aux malades des deux sexes payant 4 marks (5 fr.) par jour ; une aile plus récemment construite compte seulement trente lits et reçoit des ouvriers au compte des caisses d'assurances-maladies ; un troisième bâtiment, non encore terminé, est destiné à recevoir une centaine d'enfants tuberculeux, entretenus par les Sociétés de bienfaisance. Cet établissement est situé en plein bois, dans un joli site, mais il ne présente rien de spécial à signaler.

Le sanatorium de Beelitz est beaucoup plus digne de retenir l'attention : c'est une institution véritablement colossale, édifiée à l'aide de fonds prélevés sur les réserves des caisses d'assurances sociales contre l'invalidité et qui comprend toute une série de constructions indépendantes les unes des autres, disséminées en quatre groupes dans un immense parc boisé de 260 hectares. Deux de ces groupes sont affectés l'un aux tuberculeux hommes, l'autre aux tuberculeux femmes. Les deux autres groupes sont réservés aux convalescents d'autres maladies chroniques. L'établissement, dans son ensemble, reçoit actuellement 1500 malades, mais lorsqu'il sera achevé, il en abritera 4.000. Il a déjà coûté en frais de construction et d'aménagement la somme fabuleuse de 11 millions de francs.

Cette œuvre grandiose n'a pu être entreprise que grâce aux ressources énormes accumulées par la caisse régionale d'invalidité de Berlin. Elle dépasse en perfection de confort et même en luxe tout ce qu'on peut imaginer, et tous ceux qui l'ont visitée avec nous en compagnie de son génial promoteur, le Dr FREUND, en sont restés stupéfaits. Beaucoup se sont demandé si ce n'était point une grosse faute d'avoir consacré des sommes d'argent considérables à des constructions d'un luxe vraiment inouï et s'il n'eût pas mieux valu en affecter une grande partie tout au moins à des œuvres d'assurances à domicile et à l'édification de nombreuses maisons ouvrières salubres où les malades et leurs familles eussent pu vivre non pas

temporairement, mais définitivement, dans des conditions matérielles plus compatibles avec leur état social. Quoi qu'il en soit, il est impossible de ne pas être saisi d'admiration devant cette conception merveilleuse que l'épargne ouvrière accumulée grâce aux caisses d'assurance obligatoire a permis de réaliser. Souhaitons que bientôt nous puissions entreprendre dans notre pays des œuvres ayant comme celle-ci pour but l'amélioration de l'hygiène des classes pauvres.

Après la clôture de la conférence, quelques-uns d'entre nous se sont rendus à Marbourg, sur l'invitation du professeur BEHRING, pour y visiter les laboratoires où cet illustre savant poursuit depuis 1897 ses magnifiques recherches sur la tuberculose. Ces laboratoires sont situés les uns à l'université, dans l'institut d'hygiène où le professeur BEHRING donne son enseignement, les autres dans une sorte de petit château (Schlosslaboratorium) construit tout exprès par le Maître pour son usage personnel et qui est situé à quelques centaines de mètres de la ville, en pleine montagne, dans un site merveilleux. C'est là que BEHRING a concentré l'outillage formidable qui lui permet de préparer des hectolitres de cultures tuberculeuses, de recueillir des kilogrammes de bacilles et d'étudier avec la collaboration de ses deux assistants, les Drs RUPPEL et ROHMER, toutes les questions relatives à la chimie et à la biologie du bacille tuberculeux. De nombreuses étables d'expériences sont disséminées dans les champs d'alentour, permettant un isolement parfait des animaux en observation.

Indépendamment des recherches qui ont abouti à l'isolement d'un poison tuberculeux spécial, dérivé du protoplasma des corps microbiens et auquel BEHRING donne le nom de *tuberculosine*, corps chimique cristallisé produisant chez les animaux tuberculeux la réaction caractéristique de la tuberculine, les travaux de ce laboratoire ont porté à peu près exclusivement dans ces dernières années sur la tuberculose bovine et sur la vaccination des bovidés contre l'infection tuberculeuse. Des tentatives déjà nombreuses d'immunisation des veaux paraissent avoir été couronnées de succès et ouvrent la porte aux espérances les plus grandes.

BEHRING démontre tout d'abord qu'il existe de notables différences de virulence entre les cultures tuberculeuses de diverses origines, comme l'avait déjà affirmé M. NOCARD, à Berlin. Les cultures virulentes

tuent les souris inoculées par voie intrapéritonéale ; les cultures non virulentes sont au contraire inoffensives pour ce petit rongeur, ou ne le tuent qu'après plusieurs semaines. La souris constitue donc un excellent réactif permettant de déterminer la virulence des cultures. Lorsqu'on injecte aux veaux, par voie intraveineuse, de très petites quantités de cultures de *tuberculose humaine*, desséchées dans le vide et peu virulentes, ces jeunes bovidés ne réagissent pas, à moins qu'ils ne soient déjà tuberculeux. Les animaux qui n'ont pas réagi sont alors inoculés, au bout d'un mois, toujours par voie intraveineuse, avec de petites quantités de culture de *tuberculose humaine* récente et non desséchée. Ces deux inoculations successives suffisent à les vacciner efficacement : ils peuvent désormais, après deux mois environ, recevoir impunément une dose de culture de *tuberculose bovine* sûrement virulente et mortelle pour les veaux non vaccinés.

Cette méthode de vaccination, à laquelle BEHRING donne le nom de *Jennerisation antituberculeuse*, procède, on le voit, des mêmes principes qui ont guidé PASTEUR dans ses études sur la vaccination charbonneuse. Elle n'a pas encore fait ses preuves sur une assez vaste échelle pour qu'on puisse en juger définitivement la valeur, mais il ne semble pas douteux qu'il y ait là tout au moins des faits expérimentaux bien observés et très suggestifs.

Puissent les études du grand bactériologiste allemand, auquel l'humanité doit déjà l'admirable découverte du principe de la sérothérapie, aboutir bientôt à la découverte plus grandiose et infiniment plus précieuse des lois de l'immunisation artificielle contre le virus tuberculeux !

N'eussions-nous rapporté de la conférence de Berlin que ces quelques notions nouvelles relatives à la lutte contre la tuberculose sur le terrain social et sur le terrain bactériologique, que nous aurions déjà lieu de nous féliciter hautement de ces résultats immédiats. Mais son utilité a été plus grande encore, parce qu'on y a élaboré tout un programme d'action combinée entre les différents pays pour combattre l'ennemi commun.

Dans une séance du Conseil particulier des délégués de tous les pays, on a dressé les statuts définitifs du *Comité central international* qui va être désormais chargé de centraliser toutes les nouvelles, les documents et les matériaux concernant la lutte antituber-

culeuse dans les différentes nations, de dresser les requêtes aux Gouvernements et aux autorités compétentes, de provoquer les recherches scientifiques, les conférences et les réunions, enfin de publier tout ce qui intéresse les pouvoirs publics, les États, les médecins et les particuliers sur la question de la tuberculose.

Le siège du Bureau central international est à Berlin. Son fonctionnement est assuré par un Comité administrateur composé de six membres dont un Président. Il est actuellement composé de MM. ALTHOF, Directeur des affaires médicales au Ministère de l'Instruction publique de Prusse, et des Docteurs B. FRAENKEL et PANNWITZ pour l'Allemagne, A. CALMETTE pour la France, CHYSER pour l'Autriche-Hongrie, ROERDAM pour le Danemark, et RAW pour la Grande-Bretagne. Le docteur PANNWITZ est délégué dans les fonctions de Secrétaire Général du Bureau.

Un *Conseil particulier* comprenant des membres honoraires et des membres ordinaires se réunira à Berlin ou dans tout autre capitale d'Etat une fois par an. Les membres français de ce Conseil sont MM. BROUARDEL, LANNELONGUE, LANDOUZY, Prince d'AREMBERG, DE SABRAN, NOCARD, A. CALMETTE, ARLOING, LETULLE, MONOD, LÉON PETIT et SERSIRON.

Pour assurer le fonctionnement du Bureau Central International jusqu'à ce qu'il dispose de ressources suffisantes et en attendant que les pays intéressés aient décidé de participer à ses dépenses, les fonds nécessaires seront avancés par « le Comité central allemand pour l'établissement de sanatoria pour tuberculeux. »

Cette organisation ainsi solidement assise va pouvoir se mettre immédiatement à l'œuvre et elle réussira sans doute à coordonner les efforts de tous les peuples vers le but qu'elle se propose d'atteindre. L'une de ses premières préoccupations devra être de préparer, pour le Congrès qui tiendra ses assises à Paris au mois d'octobre 1904, un grand traité d'alliance mondiale pour la lutte contre la tuberculose.

### **La médecine des accidents du travail au point de vue médico-légal**

par le docteur Deléarde, agrégé, médecin-expert des Tribunaux

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail a permis d'observer toute une catégorie de malades intéressants non seulement au point de vue clinique,

mais encore au point de vue médico-légal. Ce sont les ouvriers victimes d'un traumatisme au cours du travail et à qui la loi assure, pendant toute la durée du traitement, la demi-journée de salaire et, dans certains cas, lorsqu'il y a mutilation ou infirmité permanente, une rente viagère proportionnelle au salaire de la victime et au dommage causé par l'accident.

C'est principalement à l'occasion de la fixation du chiffre de la rente qu'est consulté le médecin-expert. Le tribunal lui demande d'évaluer, après examen du blessé, la dépréciation au travail professionnel et la diminution de salaire consécutives au traumatisme.

Avant d'être considéré comme un invalide du travail et par conséquent avant de profiter des avantages de la loi relatifs au service d'une rente, l'ouvrier peut recevoir des soins pendant un an à partir du jour de l'accident. Ce n'est qu'à l'expiration de ce délai que la victime passe pour incurable et que sa situation doit être définitivement réglée.

C'est donc à ce moment, c'est-à-dire, entre plusieurs mois et un an après l'accident, que le médecin expert est appelé à procéder à l'examen du blessé. La guérison chirurgicale est obtenue, les fractures des os sont consolidées, les luxations réduites, les tissus cicatrisés, en un mot, il semble que l'état physique du blessé soit définitif, qu'il n'y ait rien à espérer d'une prolongation de traitement.

Cela peut être exact pour les mutilations sérieuses, mais ces cas ne sont certes pas les plus fréquents contrairement à ce que l'on serait tenté de croire. Ils n'entraînent du reste aucune espèce de litige, il n'y a pas matière à discussion et l'ouvrier reçoit son dû sous forme d'une rente viagère. Ce sont les cas classiques, mais je répète qu'ils ne sont pas les plus nombreux. En effet, à côté des estropiés, il y a un nombre considérable de blessés réclamant eux aussi le bénéfice de la loi mais dont l'état n'est pas définitif. Ce sont ou bien des simulateurs dont il faut dévoiler la ruse et les débouter de leurs prétentions, ou bien des ouvriers qui, par insouciance, ont laissé compliquer des blessures curables et présentent des infirmités passagères devant disparaître avec le temps et surtout avec de la bonne volonté. Devant de tels malades, le rôle du médecin expert est parfois délicat, car le législateur a voulu compenser la perte subie par la victime du fait de l'accident et non favoriser les partisans du moindre effort.

Et cependant, au moment de l'examen du blessé, l'impotence fonctionnelle est manifeste, l'ouvrier est incapable de reprendre son travail. Voici, choisi parmi de nombreux exemples, un cas qui se présente souvent. Un ouvrier se casse un membre, bras ou jambe ; il est soigné chez lui ou dans un hôpital, peu importe, on lui applique un appareil plâtré qu'il conserve pendant un temps variable, suivant la gravité et le siège de la fracture. Lorsqu'il a passé au repos le temps réglementaire à la consolidation osseuse l'appareil est enlevé, les mouvements, d'abord limités, puis de plus en plus étendus, sont imprimés au membre, le médecin continue à voir de temps à autre le blessé, lui recommande de se livrer à quelques exercices de façon à ramener la mobilité. Le temps s'écoule cependant, l'ouvrier se plaint de douleurs et de raideur dans les articulations voisines du foyer de la fracture, de fatigue précoce au moindre mouvement un peu prolongé.

Enfin, pour éviter toute souffrance, il se borne à un exercice très réduit, trop modéré même, il marche avec une canne ou porte le bras en écharpe, si bien que peu à peu s'installent l'ankylose articulaire et l'atrophie musculaire, qui non seulement retardent mais rendent impossible la reprise du travail. Un an se passe ainsi, l'ouvrier atteint l'époque du règlement légal de sa situation, il se présente devant le tribunal, se déclarant incapable de travailler et muni de certificats médicaux constatant la guérison de la fracture, mais la persistance des douleurs et l'impotence fonctionnelle dues à une ankylose articulaire ou à une atrophie musculaire. Voilà donc un estropié par insouciance ou pusillanimité, dont l'état n'est pas définitif, ce n'est pas encore un incurable, mais il est en réalité incapable de remplir les exigences de son métier. Je répète que ces cas sont d'observation courante, je pourrais en multiplier les exemples.

C'est ainsi que je voyais, il y a quelques jours, un ouvrier qui avait été atteint d'une hydarthrose traumatique du genou gauche ; c'était le diagnostic que portait le bulletin rédigé par le médecin traitant. L'accident remontait au mois de juillet 1901. Cet homme avait été soigné par les procédés ordinaires, il avait été au repos pendant deux mois et, ce délai écoulé, son médecin l'avait déclaré guéri et lui avait recommandé un exercice progressivement plus actif, de façon à récupérer peu à peu la totalité des mouvements et sa force musculaire. En septembre 1902, il

ne présentait plus aucune trace d'hydarthrose, les mouvements articulaires provoqués étaient encore très étendus, mais il y avait une atrophie des muscles de la cuisse, telle que la cuisse gauche dans sa partie médiane était de cinq centimètres plus maigre que la droite. Voilà cependant un homme encore curable ; qu'on rende par un traitement approprié la vigueur aux muscles atrophies et progressivement le blessé retournera à un travail d'abord proportionné à ses forces pour remplir, au bout de quelques semaines, son premier métier.

Les cas de ce genre sont dignes d'intérêt ; j'estime même que de semblables malades ne devraient pas être abandonnés. Les déclarer atteints d'une infirmité permanente et partielle constitue à mon avis une exagération dans l'appréciation de leur état ; je dis même que c'est leur rendre un mauvais service et agir à leur détriment que de conclure ainsi.

En effet, prenons le cas de notre homme à l'hydarthrose du genou, impotent par suite de l'atrophie des muscles de la cuisse gauche et supposons-le de ce fait atteint d'une infirmité permanente et partielle du membre inférieur gauche : La rente qu'il recevra ne peut être, en vertu d'un article de la loi, supérieure à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire. Or, l'atrophie des muscles de la cuisse est considérée en Allemagne comme amenant une diminution de 20 % des salaires.

Disons en passant que le tarif allemand est très souvent choisi par les magistrats. Notre homme gagnait six francs par jour, soit 2.190 fr. par an (à condition qu'il travaille les dimanches et jours fériés), dont le vingtième est 438 et la moitié 219 fr., somme annuelle versée à la victime. Du jour au lendemain cet ouvrier au lieu de toucher la moitié de son salaire, soit 3 fr. par jour, recevra 219 fr. par an ou 54 fr. 75 par trimestre et comme il lui est impossible de travailler puisqu'il marche avec une canne il se trouve donc réduit, lui, père de famille, à vivre avec une somme dérisoire, c'est la misère au foyer.

Ce raisonnement, cependant très logique, n'est pas compris, tant s'en faut, par les ouvriers qui escomptent leur rente et se figurent toucher beaucoup plus que ce à quoi ils ont droit. Quelques-uns se laissent même conseiller par des agents d'affaires à l'affût de toutes les victimes du travail qu'ils exploitent honteusement en leur laissant entrevoir la possibilité de gros bénéfices purement chimériques et en leur réclamant

après le procès des honoraires qui sont à déduire encore sur la somme allouée par le tribunal.

On voit donc que l'intérêt de l'ouvrier est de suivre scrupuleusement les conseils qu'il reçoit du médecin qu'il a choisi, comme le devoir de ce dernier est de soigner consciencieusement son malade et de s'efforcer à lui restituer l'usage du membre ou de la partie traumatisée; c'est le rétablissement aussi prompt et aussi complet que possible de la fonction qui doit guider toute la thérapeutique des accidents du travail.

C'est dans ce but que, dans les pays où la loi sur les accidents du travail est depuis longtemps en vigueur, il s'est fondé des Instituts spéciaux où les blessés, à leur sortie des hôpitaux, reçoivent les soins qu'on ne peut leur donner d'une façon complète dans les grands services chirurgicaux ou chez eux. En Allemagne, en Autriche, en Italie, en Suisse, il existe, en effet, des Instituts de mécano-thérapie, de massage et d'électrothérapie, où l'on termine la cure commencée autre part; l'ouvrier, sous la surveillance de médecins, se livre à des exercices combinés de telle façon que le fonctionnement du membre traumatisé est rétabli peu à peu.

On a même été plus loin en organisant des cours spéciaux de médecine des accidents du travail. En France on en est encore à la période de début. Les Instituts de mécano-thérapie sont peu nombreux; à Paris, les Compagnies d'assurances viennent de subventionner un cours professé par le Dr RÉMY, agrégé, sur la médecine des accidents du travail, et j'ai entendu dire que l'on étudiait le projet d'installation d'hôpitaux spécialement réservés aux victimes du travail.

Ce simple aperçu donne une idée de l'importance d'un pareil sujet et montre combien il y a encore à faire pour rendre parfaite l'application d'une loi, dont le principe de justice et d'équité éclate aux yeux de tous.

Ce que j'ai dit pour les ouvriers atteints d'ankylose articulaire et d'atrophie musculaire curables ou mieux encore évitables, s'applique également à une autre catégorie de blessés, à ceux qui présentent des phénomènes d'hystéro-traumatisme. Leur fréquence est très grande, j'irai même jusqu'à dire qu'ils sont à rechercher chez tous les blessés, car il est rare de ne pas les rencontrer. J'ai recueilli des observations très intéressantes, entre autres, celle d'un jeune homme atteint de maladie de BRODIE, ou pseudo-fracture de la

colonne vertébrale (*Gazette des Hôpitaux*, juillet 1902).

Il suffit parfois de très peu de chose pour les guérir et pour leur rendre la validité qu'ils croyaient avoir perdue pour toujours. J'ajouterai que certains tribunaux n'indemnisent pas les hystéro-traumatiques; c'est, après tout, un moyen comme un autre de les guérir, car en leur enlevant l'espoir d'une rente on les met dans l'obligation de retourner au travail.

Pour quiconque s'intéresse aux blessés de l'industrie soit comme médecin traitant, soit comme médecin expert, il ressort nettement ce fait : qu'à côté des soins chirurgicaux tels que les pansements, l'applications d'appareils, il y a des soins médicaux qui s'adressent à la restitution de la fonction. En tête de ces derniers je placerai la surveillance rigoureuse du blessé après la cicatrisation de la plaie de façon à éviter les complications fréquentes des traumatismes, ankylose, atrophie, cicatrisation vicieuse, phénomènes hystériques. L'ouvrier dont le moral est facilement touché, même lorsqu'il est en bonne santé, s'abandonne encore plus facilement à tous les caprices de son imagination lorsqu'un accident l'oblige à un repos forcé.

L'examen des blessés du travail longtemps après l'accident permet donc de trouver à côté des cas franchement chroniques et à jamais irrémédiables comme la perte de la totalité ou d'une partie d'un membre, les ouvriers dont l'état n'est pas définitif et à qui des soins donnés peuvent procurer un soulagement très voisin d'une guérison radicale. Ces cas méritent d'être signalés à l'attention des médecins traitants, comme à celle des patrons.

Ce n'est pas pour de tels malades que la loi a été faite, car, sous prétexte de soulager les malheureuses victimes de l'industrie, il ne faut pas encourager les mauvaises volontés, ni laisser s'installer des infirmités incurables chez des individus qui ont besoin de toutes leurs forces pour assurer l'existence d'une famille souvent nombreuse.

Aussi, en pareille circonstance, j'estime que le médecin expert doit nettement indiquer, dans son rapport, sous quelles influences les altérations qu'il constate se sont formées, expliquer la pathogénie des complications dont se plaint le blessé, en faire connaître le remède et conclure que l'état de l'ouvrier n'étant pas définitif, il n'y a pas lieu de le considérer comme atteint d'une infirmité permanente et partielle.

De telles conclusions sont l'expression de l'exacte



vérité, elles sont conformes aux intérêts de l'ouvrier qui doit préférer à une rente illusoire un salaire complet. On m'objectera sans doute que cette dernière considération ne doit pas entrer en ligne de compte dans l'appréciation du dommage causé par l'accident ; je répondrai à cela que lorsque le médecin expert, tout en restant dans la pleine droiture de sa conscience, peut faire profiter par une juste décision les deux parties en cause, il rend un double service, au tribunal qui lui demande son avis, et à un malheureux qu'il éloigne de la misère.

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

**Les Bouilleurs de cru. — Privilège. — Fraude. — Alcoolisation,** par MM. A. ANTHEAUME et L. ANTHEAUME (C. Naud. éd., 3, rue Racine, Paris).

Les auteurs se sont efforcés de présenter aussi complètement que possible l'état actuel de la question des bouilleurs de cru qui intéresse non seulement les économistes et les moralistes, mais aussi les hygiénistes. Elle doit préoccuper le médecin par les conséquences qui résultent de l'abus du privilège et qui se résument dans l'alcoolisation du bouilleur, de sa famille, et dans la propagation du goût des boissons spiritueuses.

Ce travail comprend trois parties. Dans la première, les auteurs traitent la question au point de vue fiscal et montrent que la situation des bouilleurs de cru se résume en ces mots : l'inégalité devant l'impôt.

Au point de vue économique, le privilège des bouilleurs de cru est en contradiction avec les intérêts de la viticulture, de l'agriculture, de l'industrie et du commerce.

Le troisième chapitre intéresse particulièrement les médecins ; il renferme tous les documents relatifs à la façon dont l'alcoolisme se propage dans les pays où le privilège existe. Il existe un préjugé qui consiste à croire que l'eau-de-vie naturelle et en particulier celle distillée par les bouilleurs de cru est incapable de créer les accidents de l'alcoolisme.

La chimie, la physiologie et l'expérimentation montrent que les fameuses eaux-de-vie naturelles sont nuisibles pour l'organisme et contiennent autant ou même plus de produits étrangers que les alcools industriels. Si on envisage le degré alcoolique des deux eaux-de-vie naturelles et industrielles quand elles sont livrées au consommateur, il est facile de se convaincre que les eaux-de-vie naturelles ont toujours un degré alcoolique plus élevé et jamais inférieur à 50° ; les eaux-de-vie de l'industrie ne dépassent jamais 42 ou 45° ; d'où la conclusion qu'il vaut mieux pour la santé prendre un verre d'eau-de-vie artificielle qu'un verre d'eau-de-vie naturelle. Si on s'adresse à l'expérimentation pour comparer la toxicité des alcools naturels et des alcools d'industrie, il ressort nettement que les premiers sont les plus toxiques.

Les auteurs montrent ensuite comment les bouilleurs de cru constituent un des facteurs de propagation parmi les populations de nos régions des boissons spiritueuses. La famille s'abreuve d'alcool ; l'intoxication, une hérédité fatale. De plus, le bouilleur vend à un prix peu élevé le mauvais vin ; il joue le rôle de cabaretier ; il paye ses ouvriers en alcool, ce qui aggrave son alcoolisme.

La conclusion du travail de MM. Antheaume peut se résumer ainsi : La suppression des bouilleurs de cru s'impose comme une mesure contre l'alcoolisme ; ce privilège nuit au bon sens et la morale.

## VARIÉTÉS & AN

### L'hygiène scolaire en

Les médecins scolaires et la Commission d'hygiène de l'école. — La question de l'écriture gothique enseignement au point de vue de l'équilibre.

En Allemagne, comme ailleurs, les questions d'hygiène scolaire préoccupent de plus en plus. L'organisation des médecins scolaires : décision ministérielle du 23 mars 1900. Cette décision, aucune école, quelle qu'elle soit, dans la plus petite localité, ne peut être visitée sans être minutieusement inspectée. Cette inspection, qui pourra se répéter fréquemment suivant les besoins, aura pour but de constater l'état de santé des élèves de l'école au point de vue de l'installation hygiénique (éclairage, chauffage, etc.). En outre, le médecin sera constamment en rapport avec les parents de l'école (*Landrat*, inspecteur, directeur de la localité). Ces nouvelles dispositions complètent l'organisation des commissions par la loi du 16 septembre 1899, et qui s'applique non seulement pour les communes de plus de 2000 habitants, mais aussi pour les communes de moins de 2000 habitants. L'autorité centrale le juge à propos. De toutes les commissions d'hygiène fonctionnant dans les districts on fait partie de droit la réunion. Ajoutons pour terminer que les médecins ont un traitement suffisant, et doivent exercer leur médecine en dehors de leurs fonctions.

••

Le huitième Congrès international de médecine a été tenu à Vienne du 9 au 14 avril 1901, et des comptes-rendus. Rappelons seule-



de l'instruction publique et des cultes d'Autriche, M. DE HARTEL, président d'honneur du Congrès, a pu affirmer qu'à Vienne il y avait environ 50 p. 100 des enfants des écoles qui faisaient régulièrement usage des boissons alcooliques, et qu'en Bohême il y avait environ 25.000 ivrognes connus de la police, dont le vice menaçait environ 75.000 enfants. Dans son très intéressant rapport spécial sur l'alcoolisme chez l'enfant, le docteur KASSOWITZ, professeur d'hygiène de l'enfance à l'Université de Vienne, a éloquemment réfuté les erreurs courantes sur les prétendues qualités utiles de l'alcool (toniques, digestives, fébrifuges, antiseptiques, etc.), et a démontré, notamment, en s'appuyant sur des expériences irréfutables, que l'alcool, même en qualité minime, avait sûrement pour effet d'affaiblir la faculté d'apprendre chez les enfants.

\* \*

Ailleurs, au Congrès d'hygiène tenu à Wiesbaden le 31 mai 1901, on s'est occupé de l'unification des caractères d'écriture.

Le directeur d'école MÜLLER, de Wiesbaden, a osé, contre le préjugé populaire, proposer l'adoption exclusive des caractères romains, dont la clarté explique l'usage unanimement préféré pour les enseignes, les atlas, les cartes postales, etc. Après avoir montré quel avantage il y aurait pour les enfants des écoles à avoir quatre alphabets de moins à apprendre, il s'est élevé contre la routine et le faux amour-propre national qui font maintenir les caractères gothiques dans la seule Allemagne. Il a rappelé en effet que les premiers caractères employés en Allemagne furent les caractères romains, et que ce fut au moyen-âge seulement que des moines français calligraphes trouvèrent bon d'ornez ces caractères si simples et si claires des accessoires bizarres qui en ont fait la gothique. Le docteur GERLOFF, oculiste de Wiesbaden, a rappelé que l'écriture gothique favorisait singulièrement la myopie, parce que la lecture des caractères gothiques demande plus de temps et beaucoup plus d'efforts que celle des caractères romains. Il a même affirmé que cette fatigue était encore plus grande lorsqu'il s'agissait d'écrire.

Si raisonnables que soient ces propositions, il ne paraît pas qu'elles aient chance d'être acceptées de si tôt par le peuple allemand, qui met un singulier amour-propre à conserver un usage depuis longtemps rejeté par les autres pays, notamment par les pays scandinaves.

\* \*

Le docteur GRUNNER, bien connu en Allemagne par ses travaux de physiologie psychologique, s'est livré à d'intéressantes recherches sur les dangers que peuvent offrir les fonctions de l'enseignement au point de vue de l'équilibre mental. Il a pu établir d'abord que dans les établissements d'aliénés, la proportion des institutrices était de 1 sur 80 à 90 femmes malades. La proportion des institutrices par rapport à la population féminine étant, d'après le dernier recensement, de 1 sur 350, il en résulte, selon lui, que le péril des maladies mentales

serait quatre fois plus grand pour elles que pour la moyenne générale des femmes.

La situation est encore plus grave pour celles qui se trouvent dans la période de préparation de leur examen. Le savant professeur estime qu'ici le péril est dix fois plus grand que pour la moyenne des femmes; et il conclut ainsi : « Pour les femmes employées au téléphone et dans les magasins, on conçoit leur nervosisme, parce que leur travail ne trouve pas d'écho dans l'âme féminine; mais que le travail de l'enseignement, qui répond si bien à la nature des femmes, présente de tels dangers, cela donne beaucoup à réfléchir. »

Les statistiques manquent pour les hommes, mais le docteur ZILLER, qui s'occupe également de ces questions, pense que le péril doit être égal.

A. PINLOCHE.

(Revue Pédagogique du 15 septembre 1902).

### A qui appartient une prescription médicale ?

par le docteur P. CARLES.

Ce sujet, qui est de nature à intéresser autant la médecine que la pharmacie, a été discuté naguère à la Société de pharmacie de Bordeaux. M. CARLES vient de lui consacrer les lignes suivantes dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1) :

« En réalité, une prescription appartient à celui qui l'a payée à un médecin consultant. Telle a été l'opinion de la Société; et cet avis est si bien partagé par la généralité du corps pharmaceutique, que, dans toutes les grandes villes de France, les ordonnances sont rendues au malade avec les médicaments. Le pharmacien se contente d'en prendre copie sur un registre *ad hoc* et d'y apposer la griffe de sa maison.

Cette règle comporte, toutefois, diverses exceptions.

Ainsi, dans les campagnes, l'usage est tout opposé et dans les petites villes on pratique un système mixte. En voici les motifs :

Dans les campagnes, les médecins indiquent peu par écrit la façon d'employer les médicaments, ils n'ajoutent guère de *direction*, comme disent les Anglais, surtout quand le malade est illettré. Aussi, dans ce cas, la prescription intéresse-t-elle peu le malade lui-même; les termes lui sont inconnus, le papier ressemble à tous ceux de la maison; il pourrait y avoir méprise tôt ou tard, et il préfère laisser la prescription chez le pharmacien, où elle est classée et tenue à sa disposition.

Enfin, ce genre de clients aimant bien les longs crédits, le pharmacien insiste de son côté, pour garder les prescriptions vu qu'elles constitueront toujours pour lui une justification de ses réclamations et même une sorte de nantissement moral.

Avec les administrations et les sociétés de secours mutuels, les ordonnances ne sont jamais rendues aux malades eux-mêmes; elles sont conservées par le pharmacien jusqu'à la fin du trimestre courant, comme preuves à l'appui de son mémoire.

(1) 27 juillet 1902.

A ce moment, elles sont rendues à celui qui réellement les paie.

Au dire de certaines personnes n'ayant jamais pratiqué la profession, ce passage de l'ordonnance dans des mains tierces, constitue une violation du secret professionnel ; car, à la lecture d'une prescription, un administrateur comptable peut pressentir l'existence de certaines maladies. L'objection est exacte. Mais on peut repartir qu'avant d'accepter les statuts de la Société, le malade a su qu'il en serait ainsi. Et d'ailleurs, s'il veut cacher sa maladie, il lui est toujours loisible de payer lui-même le médicament et de rentrer en possession de sa prescription. Mais nous n'avons jamais ouï dire qu'il se soit jamais produit aucune difficulté sur ce point. Quand un sociétaire devient malade, il sait très bien que la Société connaîtra la nature de son mal. Le cacher, ce serait se priver de meilleurs compétents, ce serait renoncer à l'indemnité journalière de maladie, ce serait enfin une façon d'indisposer le président, qui a le devoir légal d'indiquer, tous les ans, au ministre, les maladies dont les sociétaires ont le plus souffert.

Quant à l'ordonnance momentanément déposée chez le pharmacien, il est entendu qu'elle est là au secret absolu ; et qu'en dehors de l'autorité judiciaire, nul n'a le droit d'en requérir communication, pas même celui qui l'a signée.

Lorsque cette ordonnance a été remise entre les mains de l'administration de la Société il est expliqué que le pharmacien n'en est plus responsable et qu'il n'a plus lui-même le droit de la réclamer. Pour la sauvegarde de ses intérêts la copie qu'il a dû en garder sur ses livres suffit, jusqu'à preuve contraire.

Enfin, il est une autre circonstance où le pharmacien a le droit et même le devoir de ne pas rendre une prescription médicale ; c'est lorsqu'il a été commis, par le signataire, une erreur, un lapsus important, que le pharmacien n'a d'ailleurs pas le droit de corriger.

Rendre alors l'ordonnance, même sans l'avoir exécutée, c'est exposer après soi un confrère distrait, un élève novice à ne pas relever l'erreur et à livrer un remède qui peut être nuisible et même funeste au malade ; c'est porter à la connaissance de plusieurs personnes compétentes qu'une faute médicale a été commise ; c'est coopérer au discrédit que l'auteur peut en éprouver ; c'est se dessaisir naïvement d'une sauvegarde légitime lorsque (ce qui est très exceptionnel) celui qui a commis l'erreur, dûment avisé, ne veut pas en convenir et insiste pour que la prescription soit exécutée telle quelle.

Mais il est entendu que, dans ce dernier cas, si le malade la réclame, copie certifiée conforme doit lui être remise. »

## MOTS DE LA FIN

— Docteur, je ne sais si je m'abuse, mais il me semble que je perds la mémoire ?

— Oh ! pour cela, j'en suis sûr, car vous ne m'avez pas encore soldé mes honoraires d'il y a trois ans.

(Marseille Médical).

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

Le **Concours pour l'internat en pharmacie** s'est ouvert le lundi 3 novembre sous la présidence de M. HOUDOY, administrateur des Hospices, devant un jury composé de MM. THIBAUT, agrégé libre ; LECLAIR et BOURIEZ, pharmaciens. Six candidats étaient présents.

L'épreuve écrite portait sur *Généralités sur l'alcool, les alcoolats, les alcoolatures et les teintures*.

A l'épreuve orale, les candidats traitèrent de *l'Antimoine et de ses composés employés en pharmacie*.

A la suite de ce concours ont été nommés : MM. ROY, BÉAL, LERAY, FICHAUX, internes titulaires ; VANLIN, interne provisoire.

— Par arrêtés ministériels du 10 novembre, M. le docteur GAUDIER, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1902-1903, d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale des enfants en remplacement de M. le docteur PHOCAS, agrégé, démissionnaire ; et M. DONZÉ, pharmacien de 1<sup>re</sup> classe, chef des travaux de chimie organique, en remplacement de M. SALLERIN, démissionnaire.

— Par arrêtés rectoraux de diverses dates ont été récemment nommés :

M. le docteur Juste COLLE, délégué dans les fonctions de professeur d'anatomie, en remplacement de M. ROMIGNOT, décédé ;

M. le docteur VANDEPUTTE, chef de clinique médicale, en remplacement de M. HUYGHE, dont le temps d'exercice est terminé.

M. DUBOIS (Lucien), étudiant en pharmacie, préparateur de chimie organique, en remplacement de M. DONZÉ, promu ;

M. BAILLIEUL, étudiant en pharmacie, aide-préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. COLLOL, décédé ;

M. HELLEBOID, étudiant en pharmacie, aide-préparateur de parasitologie, en remplacement de M. BRETON, démissionnaire ;

M. CORNIL, étudiant en pharmacie, aide-préparateur de physique, en remplacement de M. CASTELIN, démissionnaire ;

M. REMBERT, étudiant en pharmacie, aide-préparateur de matière médicale, en remplacement de M. GUIVREZ, démissionnaire ;

M. VERDIER, étudiant en pharmacie, aide-préparateur de chimie minérale, en remplacement de M. BOUHOUR, démissionnaire.

— Parmi les affectations de résidence attribuées ces jours derniers aux aides-majors de 2<sup>e</sup> classe du service de santé militaire, nous relevons les suivantes qui intéressent notre région. Sont affectés au 43<sup>e</sup> d'infanterie à Lille, M. le docteur BARTHELEMY ; au 45<sup>e</sup> d'infanterie à Laon, M. le docteur MAISONNEUVE ; au 84<sup>e</sup> d'infanterie à Avesnes, M. le docteur EPAULARD ; au 72<sup>e</sup> d'infanterie à Amiens, M. le docteur

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

45<sup>e</sup> SEMAINE, DU 2 AU 8 NOVEMBRE 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .	11	4
3 mois à un an . . . . .	9	6
1 an à 2 ans . . . . .	3	6
2 à 5 ans . . . . .	3	6
5 à 10 ans . . . . .	3	2
10 à 20 ans . . . . .	»	6
20 à 40 ans . . . . .	9	9
40 à 60 ans . . . . .	10	6
60 à 80 ans . . . . .	10	11
80 ans et au-dessus . . . . .	2	1
<b>Total . . . . .</b>	<b>60</b>	<b>57</b>

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS	MAISSANCES par quartier	6	9	16	24	10	12	6	6	13	6	7	117
TOTAL des DÉCÈS		6	9	16	24	10	12	6	6	13	6	7	117
Autres causes de décès		1	5	5	4	1	4	3	2	6	»	2	33
Homicide		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide		»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Accident		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phtisie pulmonaire		»	1	2	6	3	1	»	1	»	»	»	14
Méningite		»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Diarrées et entérites		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
plus de 5 ans		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
de 1 à 5 ans		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
moins de 1 an		1	3	1	2	1	2	»	»	1	»	»	11
Maladies organiques du cœur		»	»	»	2	1	2	»	»	»	»	»	5
Bronchite et pneumonie		1	2	1	»	1	»	»	2	1	»	»	8
Apoplexie cérébrale		1	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Grippe et diphtérie		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4
Scarlatine		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Varicelle		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Répartition des décès par quartier

Hôtel-de-ville, 19,892 hab.  
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.  
Moulins, 24,947 hab.  
Wazemmes, 36,782 hab.  
Vauban 20,384 hab.

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX** : Influence de la variole sur la grossesse et les suites de couches, par **M. H. Brassart**, interne des hôpitaux. — **CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES** : Pyorrhée alvéolaire, par **M. le docteur Caumartin**. — **ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES**. — **VARIÉTÉS ET ANECDOTES**. — **MOTS DE LA FIN**. — **NOUVELLES ET INFORMATIONS**.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Influence de la variole sur la grossesse et les suites de couches

d'après l'épidémie de Lille (semestre d'avril à fin septembre)  
par **M. H. Brassart**, Interne des hôpitaux

Pendant longtemps l'on crut — et c'est encore aujourd'hui un préjugé populaire — que la grossesse conférait aux femmes une sorte d'immunité contre les maladies contagieuses et en particulier contre la variole.

**MAURICEAU** en 1668, puis **SERRES** en 1832, montrèrent, les premiers, l'influence néfaste de la variole sur la grossesse. **SERRES**, dans son travail intitulé : *Considérations nouvelles sur la variole et son traitement*, rapporta que sur vingt-sept femmes enceintes atteintes de variole, vingt-trois avortèrent et vingt-deux moururent. En 1837, **GARIEL** porte un diagnostic plus sombre encore. **CHAIGNEAU** en 1847, **HERVIEUX** en 1864 considèrent la variole chez la femme enceinte, comme exceptionnellement grave. **Toussaint BARTHÉLEMY**, en 1880, donne une statistique un peu moins sévère que celle de **SERRES**. Sur vingt-cinq femmes enceintes atteintes de variole, onze avortèrent et huit moururent. **SAN GRÉGORIO** rapporte soixante-douze cas de

variole chez des femmes enceintes ; sur ces soixante-douze cas, il y eut trente-et-un avortements et vingt-six morts. **TALAMON**, en 1888, note quatorze avortements sur vingt-quatre femmes. Pendant l'année 1892, **H. RICHARDIÈRE** a observé treize femmes enceintes atteintes de variole à l'hôpital d'Aubervilliers. Sur ces treize malades, il nota six avortements et trois morts. **COURÉMENOS**, en 1900, sur trente-deux femmes enceintes atteintes de variole, note neuf avortements et six morts.

Pendant l'épidémie de variole qui sévit encore actuellement à Lille, nous avons pu observer dans le service de **M. le professeur COMBEMALE**, à l'Hôpital de la Charité, un certain nombre de femmes enceintes atteintes de variole. Nous avons ainsi réuni vingt-neuf observations qui vont nous servir à apprécier l'influence qu'a eue la variole sur la grossesse et les suites de couches dans l'épidémie actuelle.

Sur les vingt-neuf malades que nous avons suivies : une a fait de la varioloïde ; dix-neuf ont fait de la variole discrète ; trois ont fait de la variole confluyente ; six ont fait de la variole hémorrhagique.

Nous allons voir quelle a été l'influence respective de ces différentes formes cliniques de la variole.

#### I. — Influence de la varioloïde

Bien que la varioloïde soit généralement bénigne, elle peut néanmoins, dans certains cas, provoquer l'avortement chez la femme enceinte ; tels sont les cas rapportés par **WELCH**, **SAN GRÉGORIO** de Milan, **BARTHÉLEMY** et **L. MAYER**. Ce dernier auteur, dans une statistique, note quatre avortements sur trente-sept cas.

L'interruption de la grossesse est néanmoins considérée comme l'exception dans cette forme de la variole et à côté des cas malheureux on pourrait en citer beaucoup d'autres où la grossesse a continué son cours normal.

CHARPENTIER rapporte un cas de varioloïde chez une femme enceinte de six mois ; la malade guérit et accoucha à terme d'un enfant bien portant. RICHARDIÈRE cite deux cas de varioloïde ; dans les deux cas, la mère guérit et continua sa grossesse. BARTHÉLEMY cite un cas de varioloïde chez une femme de vingt-et-un ans, enceinte de quatre mois environ. La femme avorta au vingt-cinquième jour et guérit. A côté de ce cas malheureux, il en cite un autre où la femme, enceinte de trois mois et demi, guérit sans menaces d'avortement et il ajoute : « Nous pourrions citer plusieurs autres cas où la varioloïde a été aussi bénigne pour la grossesse peu avancée. »

Quant à nous, nous n'avons eu l'occasion de voir qu'un seul cas de varioloïde chez une femme enceinte de sept mois. Malgré cette période avancée de la grossesse, la malade guérit sans menaces d'avortement.

En voici, d'ailleurs, l'observation résumée :

OBSERVATION. — B.... Roseline, 17 ans, primipare, entre au pavillon le 26 juillet 1902. Elle est enceinte de sept mois ; vaccinée avec succès étant jeune, n'a jamais été revaccinée.

Prodromes apparus le 21 juillet et caractérisés par de la rachialgie, de la céphalée et des vomissements. A son entrée au pavillon le 24, la malade présente des macules assez nombreuses sur la face et sur le corps ; les membres inférieurs en présentent peu. Cette éruption est apparue le jour même ; l'état général est très bon ; l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; la femme sent bouger l'enfant et l'auscultation en révèle les battements cardiaques.

25 Juillet. — En dehors des papules, apparition de plaques ortiées.

26 Juillet. — Les plaques ortiées sont disparues, sauf aux jambes les papules se transforment en vésicules ; évolution normale.

29 Juillet. — Etat général très bon ; pas de fièvre de suppuration ; la température est normale ; les éléments éruptifs s'affaiblissent et disparaissent sans laisser de traces. La femme sort guérie le 31 juillet ; la grossesse continue son cours normal.

## II. — Influence de la variole discrète

Dans cette forme de la maladie, l'avortement, sans être la règle, est considéré comme étant beaucoup plus fréquent que dans la forme précédente.

En 1872, Lothar MAYER, sur trente-sept cas de femmes enceintes atteintes de variole discrète ou légèrement cohérente, n'a observé que quatre cas d'avortement, soit 11 pour 100. JOBART donne une statistique plus sombre : quatre avortements sur huit cas de variole discrète, soit 50 pour 100. TALAMON, lui aussi, a observé un nombre considérable d'avortements : quatre sur six cas qu'il rapporte. SAN GREGORIO, de Milan, n'a eu que dix avor-

tements sur quarante cas, soit 25 pour 100. En 1892, RICHARDIÈRE observe à l'hôpital d'Aubervilliers dix femmes enceintes atteintes de variole discrète. Sur ces dix femmes, une avorta au huitième jour, deux autres accouchèrent à terme et sept continuèrent normalement leur grossesse. Si l'on ne compte pas les deux accouchements à terme, on a une moyenne faible, soit 10 pour 100. BARTHÉLEMY rapporte dix-huit cas de variole légère ou cohérente simple ; sur ces dix-huit cas, il y eut huit avortements, soit 44 pour 100. COURÉMENOS, sur dix-huit femmes enceintes atteintes de variole discrète ou adhérente, note deux accouchements à terme, un accouchement prématuré à six mois et demi, un avortement de trois mois, un avortement de deux mois ; sans compter les deux accouchements à terme, on a une proportion de 18 pour 100.

Au point de vue des conséquences de la variole discrète pour la mère, il semble que le pronostic ne s'assombrisse pas notablement du fait de la grossesse. L'avortement cependant, de l'avis de tous les auteurs, est une complication fâcheuse. MAURICEAU, le premier, signale le danger de cette complication. GARIEL, parlant de l'avortement en général dans la variole, dit : « autant de cas d'avortements, autant de cas nécessairement mortels ». C'est là un pronostic qui est certainement beaucoup trop sombre, du moins en ce qui concerne la variole discrète. RICHARDIÈRE, en effet, n'a pas eu une seule mortalité sur dix cas, malgré un avortement et deux accouchements à terme. COURÉMENOS, sur dix-huit cas, n'a pas eu non plus de mortalité, malgré deux accouchements à terme et trois avortements. En présence de cet heureux résultat, il déclare même « que les formes légères varioloïde ou variole discrète évoluent chez la femme enceinte comme chez celle qui ne l'est pas. Si la femme avorte, la convalescence sera plus longue, mais la guérison s'obtient toujours. » Cette assertion n'est-elle pas un peu hasardée ?

Quant à nous, nous avons observé dix-neuf femmes enceintes atteintes de variole discrète ; sur ces dix-neuf femmes onze continuèrent leur grossesse sans aucune complication ; quatre accouchèrent à terme et guérèrent ; une présenta des menaces d'accouchement prématuré qui ne se réalisèrent pas et guérit ; trois avortèrent. De ces trois femmes, deux guérèrent, la troisième est morte, trois semaines environ après l'avortement, d'accidents pyohémiques.

Voici d'ailleurs les observations résumées de ces dix-neuf cas de variole discrète.

### A.) Femmes ayant continué leur grossesse sans aucune complication.

OBSERVATION II. — T... Marie, 19 ans, entre au pavillon le 20 août 1902. Vaccinée avec succès à la naissance, fait une variole discrète et sort guérie le 27 août. La malade enceinte de cinq mois n'a pas présenté de menaces d'avortement.

**OBSERVATION III.** — D... Blanche, 26 ans, enceinte de six mois, entre au pavillon le 28 juin 1902, n'a jamais été vaccinée, fait néanmoins une variole discrète et sort guérie le 11 juillet, sans la moindre menace d'avortement.

**OBSERVATION IV.** — D..., Joséphine, 24 ans, entre au pavillon le 9 mai 1902. Vaccinée étant jeune avec succès, fait une variole discrète et sort guérie le 3 juin. La malade, enceinte de cinq mois, continue sa grossesse normalement. L'enfant vit.

**OBSERVATION V.** — M..., Marie, 25 ans, entre au pavillon le 9 mai 1902. Vaccinée étant jeune avec succès, fait une variole discrète et sort guérie le 19 mai. La malade, enceinte de trois mois, continue normalement sa grossesse.

**OBSERVATION VI.** — G..., Julie, 24 ans, enceinte de six mois, entre au pavillon le 29 août 1902. Vaccinée étant jeune avec succès, variole discrète, sort guérie le 10 septembre 1902. La grossesse continue son cours normal. L'enfant vit.

**OBSERVATION VII.** — D..., Rachel, 19 ans, enceinte de quatre mois, entre au pavillon le 28 juin 1902. Vaccinée étant jeune avec succès, fait une variole assez sérieuse. Sort guérie le 12 juillet, sans avoir jamais présenté la moindre menace d'avortement.

**OBSERVATION VIII.** — G..., Marie, 29 ans, enceinte de deux mois, entre au pavillon le 27 juin. Vaccinée étant jeune avec succès, variole discrète. Sort guérie le 8 juillet. La grossesse continue son cours normal.

**OBSERVATION IX.** — G..., Eugénie, 23 ans, enceinte de cinq mois, entre au pavillon le 7 septembre 1902. Vaccinée étant jeune avec succès, variole discrète. Sort guérie le 30 septembre. La grossesse continue son cours normal, l'enfant vit.

**OBSERVATION X.** — M..., Julie, 16 ans, enceinte de quatre mois et demi, entre au pavillon le 2 octobre. Vaccinée étant jeune avec succès, fait une variole discrète, dont elle est maintenant convalescente. N'a pas présenté de menace d'avortement.

**OBSERVATION XI.** — H..., Rosalie, 36 ans. Vaccinée étant jeune avec succès, entre au pavillon le 27 septembre 1902. Enceinte de quatre mois, fait une variole discrète et guérit sans menaces d'avortement.

**OBSERVATION XII.** — W..., Mathilde, 26 ans, enceinte de six mois, entre au pavillon le 29 septembre 1902, fait une variole à forme presque cohérente, est maintenant en pleine convalescente. L'enfant vit très bien ; on en entend les battements cardiaques. Il n'y a pas de menaces d'avortement ; l'enfant a eu cependant pendant la fièvre de suppuration des mouvements plus accusés.

#### B.) — Femme ayant présenté des menaces d'avortement

**OBSERVATION XIII.** — V..., Catherine, 20 ans, enceinte de huit mois, entre au pavillon le 23 août 1902. Vaccinée étant jeune avec succès ; fait une variole discrète et présente le septième jour de la maladie des signes évidents de travail (douleurs dans les reins, écoulement d'eau, col utérin presque entièrement effacé et entr'ouvert) ; à force de lavements laudanisés et de morphine, on arrête ce début de travail, tout rentre dans l'ordre et la femme sort guérie le 14 septembre 1902. Elle accouche quinze jours après, à la Maternité, d'un enfant vivant et bien portant. Une première vaccination faite chez cet enfant a été suivie de succès.

#### C.) — Femmes ayant accouché à terme

**OBSERVATION XIV.** — D..., Joséphine, 31 ans, vaccinée en étant jeune, avec succès. Prodromes apparaissant le 2 août, l'éruption le 4 août. La jeune femme accouche le 5 août, d'un enfant vivant. Suites normales ; variole discrète, sans caractère hémorrhagique. Sort guérie le 16 août.

L'enfant venu à terme, exempt de variole, fait, huit jours après, une variole légère, dont il guérit. La vaccination pratiquée chez lui le jour de la naissance avait été suivie d'insuccès.

**OBSERVATION XV.** — D..., Catherine, 26 ans, accouche à terme le 27 juin ; les prodromes apparaissent le 29 juin. La femme fait une variole discrète et guérit.

**OBSERVATION XVI.** — V..., Mélanie, 28 ans, accouche à la Maternité le 10 septembre. Prodromes apparaissant le 12 septembre 1902 ; fait une variole discrète et guérit. L'enfant a été vacciné à la naissance sans succès.

**OBSERVATION XVII.** — L..., Angèle, 25 ans. Prodromes apparaissant le 12 juillet, accouche le 14 juillet. Eruption apparaît le 15 juillet ; fait une variole discrète et guérit.

L'enfant, vacciné sans succès à la naissance, fait au huitième jour une variole cohérente, qui le tue.

#### D.) Femmes ayant avorté

**OBSERVATION XVIII.** — D..., Gabrielle, 17 ans, primipare, entre au pavillon le 13 juillet. Elle ne voit plus ses règles depuis trois mois environ, et comme elle était auparavant toujours très bien réglée, elle se croit enceinte.

Vaccinée avec succès à la naissance, jamais revaccinée. Prodromes apparus le 10 juillet et caractérisés par des frissons, de la céphalée et de la rachialgie. A son entrée, le 15 juillet, la malade présente un rash purpurique assez étendu sur le ventre et les cuisses. En dehors de ce rash, l'éruption qui est apparue la veille est caractérisée par des papules assez nombreuses sur la figure, moins nombreuses sur le reste du corps.

L'état général est assez bon. L'utérus est plus gros que normalement, le col est ramolli.

17 Juillet. — Même état, la variole évolue normalement.

18 Juillet. — Bon état général, stade des vésicules.

21 Juillet. — Les pustules restent petites et ont peu de tendance à la suppuration, le rash est disparu, l'état général est bon. Cependant brusquement apparaissent les douleurs prémonitoires de l'avortement. Malgré tous les soins, la femme avorte le soir même. Le fœtus ne présentait aucune éruption.

22 Juillet. — Les suites de l'avortement sont normales, les pertes sont peu abondantes, l'état général est très bon.

25 Juillet. — Les pustules sont complètement desséchées, l'état général est excellent, plus de perte. La femme sort guérie le 29 juillet.

**OBSERVATION XIX.** — D..., Jeannette, 17 ans, primipare, entre au pavillon le 10 août 1902. Vaccinée étant jeune avec succès, a été revaccinée il y a deux mois sans succès. Elle est enceinte de quatre mois. L'utérus remonte à un travers de doigt au dessous de l'ombilic. La femme dit avoir déjà senti bouger l'enfant. Elle fait une variole très discrète, sans caractères spéciaux. La température n'a jamais dépassé 38°.

Elle sort du pavillon le 31 août. Elle n'a pas présenté pendant son séjour au pavillon de menaces d'avortement.

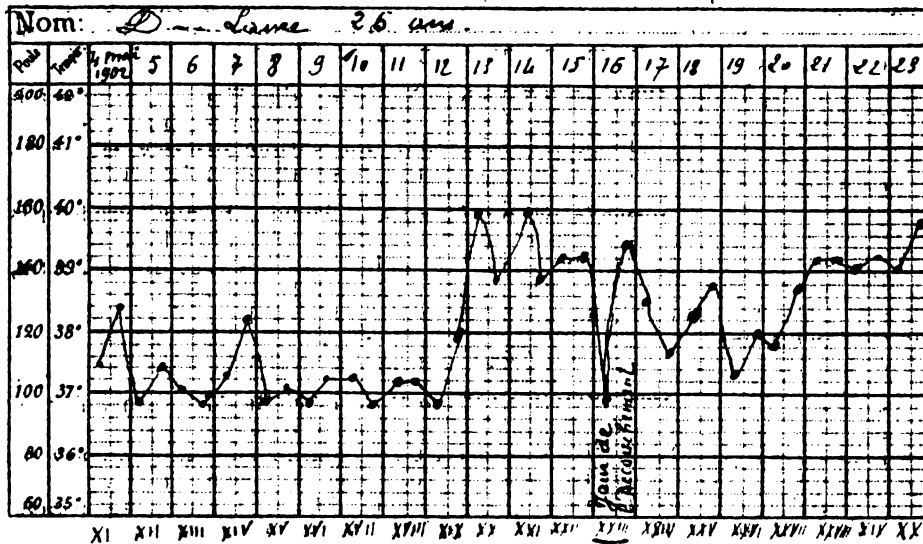
Treize jours après sa sortie, le 13 septembre 1902, elle entre à la Maternité et y avorte. Le fœtus était légèrement macéré et il fut difficile de voir s'il présentait des traces ou des cicatrices de variole.

Les suites de l'avortement furent normales.

OBSERVATION XX. — D..., Laure, 26 ans, ménagère, entre au pavillon le 3 mai 1902. Vacciné étant jeune avec succès, jamais revaccinée, enceinte de sept mois.

Prodromes apparus le 24 avril et caractérisés par de la céphalée, des vomissements, des frissons et de la rachialgie peu accusée. Eruption apparue le 28 avril.

A son entrée au pavillon, le 3 mai, on note des vésicules assez nombreuses sur la figure, mais peu nombreuses sur le reste du corps. L'état général est assez bon. Il n'y a pas de métrorrhagie, ni aucune menace d'avortement. L'utérus remonte à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic.



L'enfant est vivant, la mère le sent nettement bouger et auscultation révèle un centre de battements très nets.

5 Mai. — Les vésicules se transforment en pustules. Ces dernières sont d'ailleurs peu nombreuses; l'état général est bon.

8 Mai. — Les pustules suppurent peu, l'état général n'est pas mauvais, mais la malade présente depuis la veille du ptosis de la paupière supérieure gauche, l'œil de ce côté reste à peu près immobile, il existe de la diplopie.

En somme, paralysie de la troisième paire survenue sans cause apparente. Les urines ne contiennent pas d'albumine; la malade néanmoins est mise au régime lacté absolu.

11 Mai. — La paralysie oculaire ne s'est pas modifiée, l'état général reste bon, les pustules sont en voie de dessiccation, l'enfant vit toujours: il n'y a aucune menace d'avortement.

13 Mai. — La température monte brusquement et arrive aux environs de 40°. La femme se plaint de légères douleurs dans les reins et de lassitude générale. L'état de l'œil gauche est stationnaire. Pas de menaces d'avortement, l'enfant vit toujours très bien.

14 Mai. — Même état, température très élevée.

15 Mai. — Même état, température toujours élevée.

16 Mai. — Chute brusque de la température le matin à 37° degré. Etat général assez bon. Pas de métrorrhagie. L'enfant vit toujours. Le soir, la température remonte à 40°; des douleurs d'enfantement surviennent brusquement. La femme accouche prématurément, vers une heure du matin, d'une façon toute spontanée. L'œuf est expulsé en un temps, malgré la grossesse déjà avancée (sept mois).

17 Mai. — Etat général relativement bon. Pas d'hémorrhagies post abortum. La paralysie oculaire continue.

Apparition sur le visage d'une éruption érythémateuse qui ressemble assez à un érysipèle.

20 Mai. — L'éruption du visage existe toujours; des symptômes péritonéaux sont apparus; l'état général est mauvais. On fait à la femme des injections intra-utérines. On lui applique de la glace sur le ventre et on lui injecte 20 c. c. de sérum de MARMORECK.

21 et 22 Mai. — Même état.

23 Mai. — Eruption de la face disparue, l'état général est meilleur; les phénomènes péritonéaux s'amendent; le ventre est moins ballonné.

26 Mai. — Les phénomènes péritonéaux sont tout à fait amendés. Mais la malade fait à ce moment un phlegmon de l'avant-bras droit.

27 Mai. — Ouverture du phlegmon de l'avant-bras. Le pus cultivé donne des colonies de streptocoques. On fait à la femme 20 c. c. de sérum de MARMORECK.

29 Mai. — Apparition d'un phlegmon de l'œil droit. Etat général très mauvais; délire.

1<sup>er</sup> Juin. — Arthrites douloureuses et probablement suppurées du genou droit et de l'épaule droite; le phlegmon de l'œil s'améliore.

6 Juin. — Apparition d'un nouveau phlegmon sur la joue gauche. Ce phlegmon est ouvert aussitôt et le pus recueilli et ensemencé donne encore des colonies de streptocoques. Mort le 10 juin de cachexie et d'infection.

Il n'a pas été possible de faire l'autopsie.

### III. — Influence de la variole confluyente d'emblée ou secondairement confluyente

Très grave en général, cette forme de la variole est surtout grave chez la femme enceinte.

L'avortement est ici très fréquent et c'est dans cette forme que paraît pouvoir être appliqué, à quelques exceptions près, le pronostic de GABRIEL: « Autant de cas d'avortements, autant de cas nécessairement mortels. »

D'après L. MAYER, l'avortement se verrait dans deux tiers des cas dans cette forme de la variole. BARTHÉLEMY cite trois cas de variole secondairement confluyente chez des femmes enceintes. Sur ces trois femmes, l'une, enceinte de quatre mois et demi, avorte le huitième jour de la maladie et meurt le treizième jour; une autre, enceinte de neuf mois, accouche à terme dès le début de la maladie et meurt le onzième jour; la troisième, enfin, enceinte de deux mois, avorte le quatrième jour et meurt, le dixième jour, d'une variole qui d'abord cohéro-confluyente, est devenue à la suite de l'avortement franchement hémorrhagique. RICHARDIER cite deux observations de variole confluyente chez deux femmes, enceintes l'une de six semaines, l'autre de six mois. Les deux femmes avortèrent et succombèrent quelques heures après l'avortement. COURTÈMEZ donne une statistique, qui nous semble si favorable, que nous



nous demandons s'il s'agit bien de varioles confluentes. Sur dix femmes qu'il a observées, il a vu, en effet, deux avortements suivis de la mort de la mère ; un accouchement prématuré à sept mois, suivi de la guérison de la mère. Une femme est morte au sixième mois de sa grossesse sans expulsion de son produit. Les six autres femmes sont guéries sans avorter. Pour nous, nous avons eu l'occasion de voir trois femmes enceintes atteintes de varioles secondairement confluentes ; sur ces trois femmes, l'une, enceinte de quatre mois, a guéri sans complications ; les deux autres, enceintes, l'une de deux mois, l'autre de cinq mois et demi, sont mortes.

En voici les observations :

**OBSERVATION XXI.** — B..., Joséphine, 27 ans, enceinte de quatre mois, entre au pavillon le 7 avril 1902. Vaccinée avec succès étant jeune, jamais revaccinée. Prodromes apparus le mercredi 2 avril 1902, et caractérisés par des frissons, de la céphalée et une rachialgie très marquée. L'éruption apparaît le 6 avril. Dès son entrée, on constate une éruption de vésicules confluentes sur le visage, un peu moins généralisées sur le corps et les membres. Etat général assez grave.

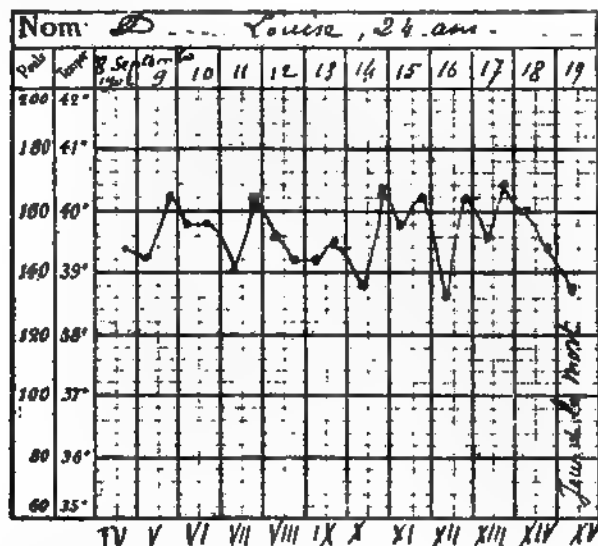
10 Avril. — Transformation des vésicules en pustules, suppuration intense sur la figure, qui est très tuméfiée, suppuration moins intense sur le reste du corps. Etat général médiocre, pas de menaces d'avortement.

21 Avril. — Les pustules se dessèchent, l'état général est beaucoup meilleur, pas de menaces d'avortement.

8 Mai. — La malade, complètement convalescente, sort du pavillon. L'enfant vit, elle le sent très nettement bouger.

**OBSERVATION XXII.** — D..., Louise, 24 ans, enceinte de deux mois, entre au pavillon le 8 septembre 1902, n'a jamais été vaccinée.

Prodromes apparus le 5 septembre et caractérisés par de la céphalalgie, des frissons, de la rachialgie et des vomissements.



Les chiffres romains indiquent le jour de la maladie.

L'éruption apparaît le 7 septembre.

Le 9 Septembre. — On trouve à l'examen de la malade les vésicules très nombreuses sur le corps, confluentes sur la figure, l'état général est mauvais.

Le 17 Septembre. — La suppuration commence, la face est très œdématiée, les pustules sont absolument confluentes, l'état général est très mauvais.

Le 19 Septembre. — Mort de la femme en pleine période de suppuration, pas d'avortement antérieur.

A l'autopsie, on a trouvé un œuf pouvant avoir deux mois ; il paraissait normal.

**OBSERVATION XXIII.** — C..., Maria, 22 ans, enceinte de cinq mois et demi, entre au pavillon le 13 juin dans la soirée. Vaccinée étant jeune avec succès, jamais revaccinée. Prodromes apparus le 15 juin 1901 et caractérisés par un frisson, de la rachialgie, de la céphalée et de vomissements incoercibles. L'éruption apparaît dans la nuit du 17 au 18. La femme avorte dans la journée du 18. Nous la voyons au pavillon le 18 au soir ; elle vient d'entrer.

L'état général est assez mauvais ; la malade vomit continuellement ; l'éruption est caractérisée par des papules très nombreuses sur la figure, un peu moins nombreuses sur le corps.

19 Juin. — La malade a toujours des vomissements incoercibles, elle perd aujourd'hui du sang en grande quantité, malgré les injections et le traitement institué.

Elle ne présente pas de rash ; mais l'éruption, caractérisée maintenant par des vésicules est très abondante et presque confluite.

Les chiffres romains indiquent le jour de la maladie.

21 Juin. — Etat général toujours mauvais ; pertes moins abondantes, plus de vomissements, pas de rash hémorragique.

23 Juin. — Les vésicules se transforment en pustules. Ces pustules sont confluentes sur la face, qui est très tuméfiée ; elles sont moins nombreuses sur le reste du corps. Pas de symptômes de variole hémorragique, mais la femme perd toujours assez abondamment.

24 Juin. — Suppuration très accusée. Etat général très mauvais ; dyspnée.

Mort le 25 juin.

#### IV. — Influence de la variole hémorragique

Cette forme excessivement grave de la variole amène presque toujours chez la femme enceinte l'avortement et la mort.

Lothar Meyer, qui considère cette forme de la variole comme fréquente chez la femme enceinte, donne une statistique de treize cas. Ces treize cas se sont tous terminés par la mort de la femme. SAN GRÉGORIO, sur trois cas, a vu trois fois la mort de la mère. RICHARDIÈRE, sur deux cent cas de variole observés par lui dans le même service, n'a vu qu'un cas de variole hémorragique primitive ; c'était une femme enceinte de quatre mois, qui succombe peu d'heures après son entrée à l'hôpital. L'utérus renfermait

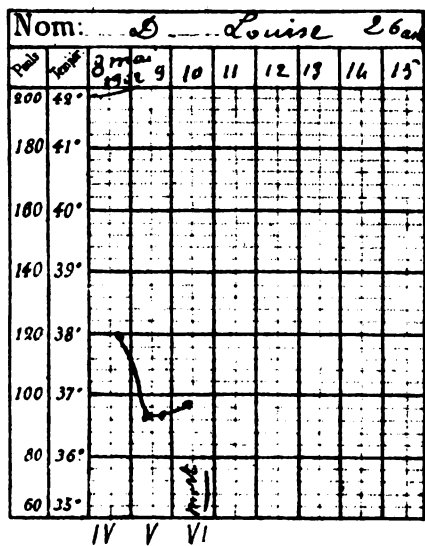


un fœtus mort non expulsé. COURÉMENOS a observé quatre femmes atteintes de variole hémorrhagique. « Une d'elles, dit-il, arrivée au neuvième mois de sa grossesse, a accouché à terme durant la période d'invasion et est morte trois jours après. Deux ont accouché prématurément à sept mois et demi au début de la variole : la première est morte au cinquième jour ; la deuxième deux jours après l'accouchement. La quatrième, qui était atteinte d'une variole hémorrhagique secondaire très légère, a pu mener à bien sa grossesse et sortir de l'hôpital guérie. »

Quant à nous, nous avons eu l'occasion d'observer six femmes atteintes de variole hémorrhagique : Quatre d'entre elles, enceintes, font de la variole hémorrhagique primitive et sont tuées en quelques jours. La cinquième fait de la variole hémorrhagique secondaire après un accouchement à terme et meurt au huitième jour. La sixième, enceinte de huit mois et demi, fait une variole, qui semble au début devoir être légère ; elle accouche prématurément le cinquième jour, en pleine période d'éruption. A la suite de cet accouchement, elle fait de la variole hémorrhagique et meurt au neuvième jour.

Voici d'ailleurs les observations de ces varioles hémorrhagiques.

OBSERVATION XXIV. — D..., Louise, 26 ans, entre au pavillon le 8 mai 1902. Elle est enceinte de sept mois. Elle a été vaccinée étant jeune avec succès, mais n'a jamais été revaccinée. Les prodromes sont apparus le 4 mai 1902 et ont été caractérisés par une rachialgie très forte, de la



Les chiffres romains indiquent le jour de la maladie.

ne permet pas d'en entendre les battements du cœur et la femme dit ne plus le sentir bouger depuis le matin. Le toucher indique un col encore long, un peu entr'ouvert ; en somme pas de signes évidents de travail, cependant la malade dit ressentir des douleurs de reins plus fortes que les jours précédents, des coliques et du ténésme. Dans la crainte d'un avortement, on fait, pour enlever ces douleurs prémonitoires, une injection de morphine.

9 Mai 1902. — L'éruption ne se fait pas ou tout au moins

reste à l'état d'ébauche ; un rash érysipélateux est apparu sur la figure ; sur le ventre, on note quelques pétéchies.

L'état général est mauvais.

Le travail est commencé et le toucher permet de constater un col effacé, qui commence à se dilater. La mère ne sent plus rien bouger et l'auscultation, pas plus que la veille, ne révèle de battements fœtaux.

10 Mai. — Le travail n'a presque pas avancé depuis la veille, l'état général est mauvais ; le pouls est très rapide ; il y a de la stupeur. L'éruption ne s'est pas modifiée, le rash persiste.

La malade perd du sang par le vagin, elle a des crachats sanguinolents et même des hématomés.

Elle meurt, à deux heures de l'après-midi, dans une syncope.

L'autopsie faite soigneusement a permis de voir que le placenta ne présentait pas de foyers hémorrhagiques. L'enfant ne présentait pas la moindre éruption.

OBSERVATION XXV. — L..., Collette, 36 ans, entre au pavillon, le 11 juillet 1902. Elle est enceinte de sept mois.

Vaccinée sans succès étant jeune, jamais revaccinée. Prodromes apparus le 5 juillet et caractérisés par de la céphalée, des vomissements incoercibles et de la rachialgie.

L'éruption commence à se faire le 10 juillet, mais se fait mal.

A son entrée à l'hôpital, le 11 juillet, la malade présente quelques papules, mais ce qui attire tout de suite l'attention, c'est un rash purpurique, couleur lie de vin, s'étendant sur la partie antéro-interne des cuisses, sur les aines, sur le ventre, sur tout le dos, sans intervalle de peau saine ; sur le reste du corps, à côté des papules, on note de nombreuses pétéchies.

L'état général est mauvais, il y a de la stupeur, avec tendance à l'hypothermie. Température 36°4. L'utérus remonte à deux travers de doigt au dessus de l'ombilic — la malade ne sent plus bouger l'enfant depuis la veille et l'auscultation ne permet plus d'entendre les bruits cardiaques.

Depuis deux jours, des métrorrhagies abondantes sont survenues, mais à l'examen, on ne trouve pas encore de signes de travail.

La malade meurt presque subitement, le lendemain de son entrée au pavillon. A l'autopsie, l'enfant ne présente pas d'éruption.

OBSERVATION XXVI. — D... Marie, 31 ans, entre au pavillon le 29 août 1902. Elle n'a jamais été vaccinée. Les prodromes sont apparus le 15 août et ont été caractérisés par de la céphalée, des frissons, de la rachialgie et des vomissements.

La malade, enceinte de quatre mois, entre dans la nuit du 19 au 20 août à la Maternité, parce qu'elle perd beaucoup de sang. Elle avorte peu de temps après son entrée ; le lendemain on l'envoie au pavillon. A son entrée on constate qu'elle a un immense rash purpurique sur les cuisses, le ventre et le thorax. Pas d'éléments éruptifs bien nets en dehors de ce rash. Hémorrhagie sous-conjonctivale et ecchymoses palpébrales.

L'état général est très mauvais ; la malade est en proie à une dyspnée intense ; elle a de fortes hémorrhagies intérieures malgré les traitements employés.

Mort le jour même de l'entrée.

Le fœtus ne présentait aucune trace de variole.

OBSERVATION XXVII. — P..., Euphrasie, 26 ans, entre au pavillon le 27 août 1902. Elle est enceinte de quatre mois et demi. Vaccinée étant jeune avec succès, jamais revaccinée. Prodromes apparus le 23 août et caractérisés

par de la rachialgie, des frissons, de la céphalée et des vomissements incoercibles.

A son entrée au pavillon, la malade présente quelques papules peu nettes encore à la figure ; mais ce qui attire l'attention, c'est un rash purpurique considérable occupant le haut des cuisses, le ventre, une partie du thorax et du dos ; ce rash, apparu la veille, s'est accentué aujourd'hui et offre une teinte lie de vin très marquée. L'état général est médiocre, la malade souffre beaucoup des reins. L'utérus

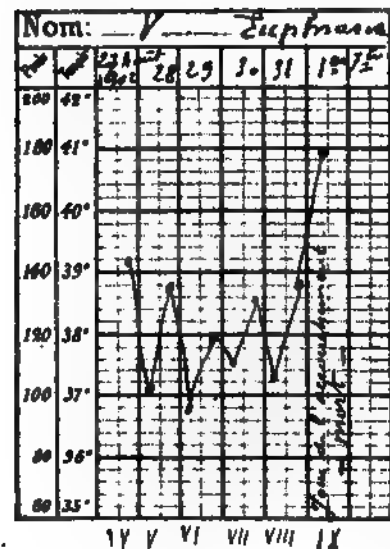
remonte jusqu'à l'ombilic ; la femme ne sent plus bouger depuis deux jours ; l'auscultation ne permet de rien entendre.

La nuit est mauvaise, la malade délire ; les douleurs de reins sont tellement intolérables qu'elles nécessitent, en dehors de lavements laudanisés, une injection de morphine.

28 Août. — Etat général mauvais ; l'éruption ne se fait pas ; par contre, le rash purpurique augmente tous jours.

29 Août. — Même état.

30 Août. — Des hémorragies abondantes surviennent, les dou-



Les chiffres romains indiquent le jour de la maladie.

leurs lombaires sont plus fortes encore que les jours précédents ; le toucher permet de se rendre compte que le col s'entr'ouvre et que le travail commence ; l'état général est toujours mauvais.

31 Août. — Accouchement de deux jumeaux, l'hémorragie consécutive est considérable et nécessite un tamponnement.

L'éruption ne se fait pas plus qu'auparavant ; des hématuries et des hématoméses apparaissent ; la femme est dans un état de stupeur très prononcé.

Mort le 1<sup>er</sup> septembre.

Les fœtus ne présentaient pas de traces de variole ; les placentas paraissaient normaux.

OBSERVATION XXVIII. — C..., Henriette, 25 ans, entre au pavillon le 9 juin 1902. Vaccinée étant jeune avec succès, elle n'a jamais été revaccinée. Elle accouche, le 5 juin, d'un enfant à terme, bien portant.

Dans la nuit du 6 au 7 juin, elle éprouve un frisson, puis de la rachialgie, et de la céphalée ; le lendemain, elle a des vomissements continus que rien ne peut calmer et la température monte à 40° pour y rester stationnaire les jours suivants.

A son entrée au pavillon le 9 juin, la malade présente des macules très nombreuses sur le visage et sur le corps ; cette éruption vient d'apparaître. Il n'y a pas de rash et l'état général est assez bon.

10 Juin. — Les macules ont fait place à des papules. La malade, qui perdait peu les jours précédents, a aujourd'hui des métrorrhagies très abondantes.

11 Juin. — Etat général moins bon. L'éruption est plus généralisée que les jours précédents. Quelques papules arrivent au stade de vésicules, mais ces vésicules prennent rapidement une teinte ecchymotique. Les métrorha-

gies sont toujours abondantes. Pas de rash purpurique ni d'hémorragie conjonctivale.

12 Juin. — Apparition, sur les jambes, de pétéchies et d'ecchymoses ; les pertes sont toujours très abondantes.

13 Juin. — Les vésicules tendent à la purulence sur le

Les chiffres romains indiquent le jour de la maladie

visage ; nombreuses et larges ecchymoses sur les jambes ; les pertes continuent. L'état général est très mauvais ; la respiration est difficile, le pouls est rapide et faible.

Mort le 14 juin.

L'enfant, suivi avec soin, n'a jamais présenté de variole ; la vaccination, faite trois jours après sa naissance, a été suivie de succès.

OBSERVATION XXIX. — L..., Marie, 25 ans, enceinte de huit mois et demi, ressent, le 14 octobre 1902, les prodromes de la variole, prodromes caractérisés par des frissons, de la fièvre, de la rachialgie, de la céphalalgie et des vomissements. L'éruption chez elle commence à apparaître le 17 octobre.

La malade entre au pavillon le 19 octobre au matin : Elle présente en ce moment une éruption peu généralisée, caractérisée par des papules. Ces papules, assez nombreuses sur la figure, sont rares sur le tronc et les membres. On remarque sur le ventre un rash morbillieux assez étendu.

L'état général paraît assez bon et la malade semble devoir faire une forme légère de variole.

Dans la soirée, elle est prise assez brusquement de fortes douleurs utérines, accompagnées de contractions et elle accouche d'un enfant vivant.

Les chiffres romains indiquent le jour de la maladie.

Les suites de couches sont normales; la femme perd peu de sang.

Le lendemain, 20 octobre, l'état général paraît relativement bon; seulement on remarque que l'éruption ne continue pas son évolution normale, les papules restent dans le même état que la veille et ne se transforment pas en vésicules. En outre, on apprend que la malade commence à perdre un peu de sang en allant à la selle, et en l'examinant de plus près, on s'aperçoit que le rash morbillieux, au lieu de disparaître, prend un caractère presque purpurique. La femme ne souffre pas du ventre; elle a des métrorrhagies très peu abondantes.

21 Octobre. — L'éruption ne continue pas son évolution normale; le rash est devenu nettement purpurique et s'étend sur tout le ventre et la partie supérieure des cuisses. Les métrorrhagies sont peu abondantes, mais le mœlena augmente. L'état général reste assez bon.

22 Octobre. — L'éruption ne s'est guère modifiée. Quelques papules à peine se sont transformées en vésicules; le rash purpurique s'est encore accentué; en plus, on note de nombreuses pétéchies et même des taches ecchymotiques sur le thorax et les membres inférieurs. La malade présente maintenant des hématuries et des crachats sanguinolents; le mœlena a encore augmenté ainsi que les métrorrhagies; l'état général est aujourd'hui moins bon.

23 Octobre. — La variole a pris une forme tout à fait hémorrhagique; la malade meurt dans la matinée.

L'enfant, vacciné le lendemain de la naissance, ne présentait aucune trace de variole. La vaccination a été suivie de succès.

### Conclusions

Le nombre assez considérable d'observations résumées précédemment va nous permettre de discuter quelques questions et de formuler quelques conclusions relativement à l'influence exercée par la variole sur la grossesse dans l'épidémie actuelle.

Une première question se pose: la femme enceinte est-elle plus prédisposée qu'une autre à contracter la variole? Presque tous les auteurs aujourd'hui semblent être d'accord pour rejeter la prédisposition créée par la grossesse. Quant à nous, nous ferons simplement remarquer qu'il est passé au pavillon, depuis le début de l'épidémie jusqu'à la fin de septembre, environ cent cinquante femmes atteintes de variole; or, sur cent cinquante femmes, vingt-neuf, soit environ une sur cinq, avaient contracté la variole étant dans un état de grossesse plus ou moins avancé. C'est là une proportion vraiment considérable, qui n'indique très probablement pas une prédisposition spéciale, mais qui tient peut-être bien à ce que les femmes enceintes ne sont pas revaccinées en vertu de ces préjugés, si en faveur dans les classes populaires, qu'il n'est pas sans danger de vacciner une femme enceinte et que d'ailleurs la grossesse confère aux femmes une sorte d'immunité contre la variole. Nous croyons inutile de discuter ces idées; nous pensons qu'il n'est plus d'accoucheurs, ni de médecins qui puissent aujourd'hui s'en montrer partisans.

Du fait de la grossesse, la femme contracte-t-elle une forme de variole plus grave? Beaucoup d'auteurs répondent

à cette question affirmativement et dans sa thèse toute récente, le docteur LELIÈVRE déclare parmi ses conclusions que « la grossesse prédispose à contracter les formes graves de la variole. » Si l'on examine cependant les différentes statistiques données, il est facile de se rendre compte que les femmes enceintes, aussi bien que les autres, peuvent contracter les formes bénignes de la maladie, voire même la varioloïde. Sur vingt-neuf femmes, que nous avons observées, vingt ont contracté des formes légères et neuf seulement des formes graves. C'est là une proportion en somme à peu près normale et qui ne semble pas indiquer une fréquence plus grande des formes graves chez la femme enceinte.

Il faut néanmoins retenir dans notre statistique le nombre relativement considérable de formes hémorrhagiques, six cas sur vingt-neuf. Est-ce à dire que la femme enceinte contracterait plus facilement cette forme de variole? Pour STOLZ « la variole chez la femme enceinte n'est pas plus souvent confluyente ou hémorrhagique que chez la femme qui n'est pas en état puerpéral. » Beaucoup d'autres aujourd'hui sont d'avis contraire et parmi eux ARNAUD; par exemple, s'exprime ainsi dans la *Revue de médecine*: « L'état de grossesse et la puerpéralité aggravent notablement le pronostic de la variole et favorise l'apparition des formes hémorrhagiques. Ce fait, généralement admis aujourd'hui, a pris place parmi les notions classiques. »

Tout en admettant l'opinion formulée par ARNAUD, nous ferons simplement remarquer qu'il faut avant tout tenir compte du caractère de l'épidémie. Or, dès les premiers jours, l'épidémie qui sévit actuellement à Lille s'est caractérisée par un nombre relativement considérable de varioles hémorrhagiques.

Pour terminer cette discussion, nous croyons pouvoir formuler une opinion pour ainsi dire mixte: pour nous, l'état de grossesse prédispose peu aux formes graves d'emblée, mais place les femmes sous la menace d'un accident qui souvent aggrave le pronostic de leur variole: cet accident, c'est l'avortement.

Il est donc intéressant de connaître la fréquence de l'avortement dans les différentes formes de la variole, à quel moment de la maladie, et vers quelle époque de la grossesse il se produit le plus souvent. Assez rare dans la varioloïde, moins rare dans les formes discrètes, très fréquent dans les formes cohéro-confluentes, presque la règle dans les formes hémorrhagiques secondaires et primitives, l'avortement, selon la plupart des auteurs, peut avoir lieu à des époques variables de la variole: tantôt à la période d'invasion, tantôt à la période d'éruption, tantôt dans le cours ou à la fin de la suppuration. Mais c'est surtout à la période d'éruption que l'expulsion du fœtus aurait lieu le plus souvent.

WELCH l'a vu dix-huit fois sur vingt-sept cas à la période

d'éruption. LOP l'a vu quinze fois sur vingt-et-un à la période d'éruption. COURÉMENOS a vu la grossesse interrompue : quatre fois à la période d'invasion ; six fois à la période d'éruption ; deux fois à la période de suppuration.

Nous-même, dans notre statistique, nous trouvons que la grossesse a été interrompue sept fois : quatre fois à la période d'éruption ; deux fois à la période de suppuration ; une fois quinze jours après la guérison de la mère. Il est vrai que dans ce dernier cas l'enfant avait dû être tué au début de la maladie, puisqu'il commençait déjà à être macéré.

Voyons maintenant quelle est la fréquence de l'avortement aux différents âges de la grossesse ? Tout le monde paraît d'accord actuellement pour reconnaître que le nombre des avortements ou des accouchements prématurés varie en raison directe de l'âge de la grossesse, c'est-à-dire que plus que la grossesse est avancée, plus l'expulsion du fœtus a des chances de se produire. Notre statistique à cet égard n'est guère démonstrative et ne repose d'ailleurs que sur un trop petit nombre de cas. Nous la donnons simplement comme renseignement, sans en tirer de conclusions. Sur les sept avortements ou accouchements prématurés que nous avons eus : Quatre ont eu lieu à quatre mois, trois seulement ont eu lieu entre six et huit mois et demi.

Quelles sont les causes de l'avortement dans le cours de la variole ? Multiples sont les opinions qui ont été émises à ce sujet. Nous allons simplement en citer quelques-unes :

GARIEL accusait les douleurs lombaires ; CHAIGNEAU, SARRAS et HERVIEUX accusaient les métrorrhagies ; d'autres auteurs enfin, et particulièrement les auteurs allemands, accusent l'hyperthermie.

Or, l'hyperthermie ne semble jouer qu'un rôle secondaire, puisque la syphilis, maladie qui cause le plus d'avortements, n'est pas hyperthermique. D'ailleurs, des expériences physiologiques bien conduites, ont suffisamment prouvé qu'on pouvait soumettre des femelles pleines à une très haute température sans provoquer l'avortement.

La métrorrhagie est plutôt un signe qu'une cause de l'avortement et, comme le fait remarquer BARTHÉLEMY, pour prouver que les métrorrhagies peuvent occasionner l'avortement, il faudrait trouver des lésions du placenta capables d'expliquer ces métrorrhagies ; or, personne n'a jamais constaté ces lésions dans la variole.

Les douleurs lombaires peuvent être tout au plus un indice de l'intensité de l'infection variolique, mais il n'a jamais été démontré qu'elles fussent plus accusées chez les femmes enceintes que chez celles qui ne le sont pas ; d'ailleurs bien des femmes enceintes ont une rachialgie très accusée sans pour cela avorter.

Quelle cause faut-il donc invoquer ? Nous pensons avec BARTHÉLEMY, COURÉMENOS et la plupart des auteurs modernes, qu'il faut tout simplement mettre en cause l'infection

variolique qui, soit en amenant des modifications dans la nutrition du fœtus, soit en déterminant sa mort par intoxication, en provoque l'expulsion.

Voyons, pour terminer, les conséquences de l'avortement pour la mère. Comme nous l'avons démontré précédemment, l'avortement assombrit surtout le pronostic dans les formes sérieuses de la variole. L'avortement en effet peut être suivi d'accidents puerpéraux. Sans être la règle, ces accidents sont néanmoins assez fréquents pour inspirer des craintes, surtout quand la femme avorte ou accouche à la période de suppuration de la variole. Il faut alors prendre des précautions d'antisepsie toutes particulières.

L'avortement en outre est capable de transformer une variole légère en une variole hémorrhagique rapidement mortelle. Cette complication, assez rare, a été tout d'abord signalée par BROUARDEL et surtout RAYMOND dans sa thèse d'agrégation en 1880. A la suite de RAYMOND d'autres auteurs, entre autres BARTHÉLEMY, en ont rapporté des observations. Nous-même avons eu l'occasion d'observer tout récemment la transformation d'une forme bénigne en une forme hémorrhagique mortelle à la suite d'un accouchement prématuré (voir observation XXIX).

Mais en dehors de ces complications, en somme assez rares, l'avortement assombrit surtout le pronostic par le choc traumatique, qu'il provoque, par l'affaiblissement et la dépression qui en résultent, par les hémorrhagies enfin qui épuisent les malades. Les malades, dit BARTHÉLEMY, meurent alors qu'elles ne seraient pas mortes d'une variole ordinaire ; elles meurent peu de temps après l'avortement par dépression graduelle.

## BIBLIOGRAPHIE

- AUCHÉ. Variole chez les femmes enceintes, article *Variole* du *Traité de médecine* BROUARDEL et GILBERT.
- AUCHÉ. Passage des microbes à travers le placenta des femmes enceintes atteintes de variole. *Société de Biologie*, 1893.
- BARTHÉLEMY. Influence de la variole sur la grossesse et le produit de conception. Thèse Paris, 1890.
- BROUARDEL. Variole et grossesse. *Bulletin Académie de médecine*, 1887.
- BISZES. Influence des maladies aiguës sur la grossesse. Thèse Montpellier 1884.
- COSTET Félix. De la variole pendant la grossesse : pronostic pour la mère et l'enfant. Thèse Paris, 1899.
- COURÉMENOS. Influence de la variole sur la grossesse et le produit de la conception. Thèse Paris, 1900-1901.
- CHAMBERTAUT. Considérations sur la variole fœtale. Thèse de Bordeaux, 1882.
- CHAIGNEAU. De l'influence de la variole sur la grossesse. Thèse de Paris, 1847.
- CHARPENTIER. *Traité d'accouchements*, p. 570.
- GUINON, Louis. Art. *Fèvres éruptives*, — in *Traité de médecine* BOUCHARD et BRISAUD.
- GARIEL. Histoire de la variole. Thèse Paris, 1837.
- GASQUEL. Péritonite puerpérale comme complication de la variole. Thèse Montpellier, 1887-1888.
- HERVIEUX. *Gaz. des hôpitaux*, 19 et 26 mai 1864 ; *Traité des maladies puerpérales*, 1870.

- JOBART** Influence de la variole sur la grossesse et le produit de la conception. Thèse Paris, 1880.
- LELIÈVRE (M.)**. Variole et grossesse. Leur influence réciproque chez la mère et chez l'enfant. Vaccine chez la femme enceinte et le nouveau-né. Thèse Paris, 1902.
- LESUEUR, Fernand**. Grossesse et variole. Influence de cette maladie sur la mère et l'enfant. Thèse Paris, 1894-1895.
- LOP, Paul-André**. Variole et vaccine dans la grossesse. Recherches expérimentales sur la transmission héréditaire de l'immunité du virus vaccinal et variolique. Thèse Paris, 1893-94.
- MORGOUILLIEFF (R)**. Contribution à l'étude de la variole contractée par le fœtus dans la cavité utérine. Thèse Paris, 1889.
- MAURICEAU**. *Traité des maladies des femmes grosses*, 1693.
- LOTHER MAYER**. Ueber Pocken bei Weib Geschl Berlin. *Beitrag zur Geburtch*, t. II, p. 185.
- RAYMOND** La puerpéralité. Thèse d'agrégation, Paris 1880.
- RICARDIÈRE**. Variole et grossesse à l'hôpital d'Aubervilliers pendant l'année 1892. *Archives de toxicologie*, 1893, page 611.
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE**. *Précis d'obstétrique*.
- SERRES**. Considérations nouvelles sur la variole et son traitement. *Gazette médicale*, 1832.

## Consultations Médico-Chirurgicales

### Pyorrhée alvéolaire

D<sup>r</sup> CAUMARTIN.

La pyorrhée alvéolaire ou gingivite expulsive est caractérisée par une suppuration de l'alvéole qui aboutit à l'ébranlement progressif et à la chute des dents. Elle peut être : limitée à une ou quelques dents, généralisée à toutes les dents.

**INFORMATIONS CLINIQUES.** — A. Quand une seule dent est atteinte, il s'agit souvent d'une poussée aiguë : Un malade se plaint d'éprouver dans le fond de la bouche une douleur qui s'irradie vers l'oreille et la tempe, douleur augmentée par l'ingestion de liquides chauds et froids, par la pression et susceptible de gêner la mastication. Il croit avoir une dent cariée.

A l'examen, on constate que la dent mise en cause n'est nullement cariée ; elle est seulement mobile, et les mouvements qu'on lui imprime réveillent la douleur.

La gencive est rouge, entourée d'une zone inflammatoire, et, si on la comprime, on en fait sourdre du pus qui se répand en liseré autour du collet de la dent. Dans certains cas, en particulier pour les dents du haut, le long de la racine palatine, le pus ne peut se faire jour au niveau du collet et on peut trouver un véritable abcès collecté comme dans la périostite consécutive à la carie.

B. Lorsque plusieurs dents sont atteintes, ce sont le plus souvent les incisives inférieures. Généralement ce n'est pas la douleur qui amène le malade, mais la simple constatation de l'ébranlement de ces dents. On les trouve en effet déchaussées, mobiles, recouvertes d'une couche

de tartre plus ou moins épaisse ; les gencives sont décollées, congestionnées et facilement saignantes.

C. Dans d'autres cas l'affection est généralisée ; le patient a déjà perdu plusieurs dents qu'il a « cueillies » lui-même. Les dents paraissent démesurément longues ; elles sont très mobiles et baignent dans le pus. Les gencives sont fongueuses, bourgeonnantes ; l'haleine est fétide, la mastication très difficile.

**INDICATIONS PATHOGÉNIQUES.** — Dans la genèse de la pyorrhée, deux facteurs entrent en jeu : l'infection et le terrain, c'est-à-dire des conditions spéciales variables avec chaque individu.

Le pus qui entoure le collet des dents est riche en microorganismes variés, car il n'y a pas de microbe spécifique de la pyorrhée. L'entrée des agents infectieux est favorisée par toute cause capable de décoller la gencive. C'est ainsi qu'agit surtout le tartre qui s'insinue sous la gencive, entraînant avec lui et retenant dans ses mailles de nombreux microorganismes.

Le port d'appareils de prothèse mal entretenus, l'absence de soins hygiéniques ou même l'exagération de ces soins consistant en brossages trop fréquents ou trop énergiques qui deviennent des traumatismes, les irrégularités dentaires qui favorisent le séjour de parcelles alimentaires entre les dents sont d'autre part autant de causes qui permettent l'infection, qui se transmet du reste facilement d'une dent à sa voisine.

Les diabétiques, les arthritiques et rhumatisants sont tout particulièrement atteints. L'ataxie locomotrice aussi, en favorisant la résorption alvéolaire, provoque le décollement des gencives et rend l'infection possible.

La pyorrhée peut d'ailleurs atteindre des gens très bien portants, mais alors ce sont des adultes et des vieillards, car elle est rare chez les enfants.

De ces connaissances résultent deux indications capitales : modifier le terrain par le traitement général ; combattre les accidents locaux.

**TRAITEMENT.** — Un traitement local de la pyorrhée alvéolaire va souvent avec un traitement général ; mais c'est du traitement local surtout qu'il faut attendre un résultat.

**TRAITEMENT GÉNÉRAL.** — Recherchez avant tout toujours le sucre dans les urines des malades atteints de pyorrhée. Et au cas de glycosurie prescrivez un traitement en conséquence.

De même, conseillez un régime et la thérapeutique générale usuelle au cas de goutte, d'albuminurie.

**TRAITEMENT LOCAL.** — C'est dans le cul-de-sac qui existe entre la dent et la gencive décollée que siège la maladie.

a) Il s'agit d'une poussée aiguë sur une seule dent. — S'il s'agit d'une poussée aiguë sur une seule dent, prenez une petite curette, **enlevez doucement tout le tartre** qui entoure le collet de la dent, comprimez la gencive pour faire sortir le pus contenu dans le cul-de-sac gingival. Ensuite, à l'aide d'un stylet très fin, ou mieux d'une petite aiguille flexible garnie d'ouate, **badigeonnez de teinture d'iode l'intérieur du cul-de-sac** et la gencive autour du collet de la dent.

L'effet est généralement très rapide.

On peut, s'il est nécessaire, renouveler cette application le lendemain : la dent devient moins sensible et reprend une partie de sa solidité.

b) **Plusieurs dents sont atteintes.** — Si plusieurs dents sont atteintes d'une façon à peu près chronique, le traitement reste le même dans ses grandes lignes.

Enlevez avec soin le tartre, le pus, les débris épithéliaux qui remplissent le cul-de-sac gingival. A l'aide de la petite aiguille dont nous avons parlé, badigeonnez ce cul-de-sac avec de l'**acide sulfurique monohydraté**. Ne négligez aucun recoin ; découvrez les moindres décollements en particulier dans les interstices dentaires voisins.

Il faut savoir que l'affection est rebelle ; **une seule cautérisation ne suffit pas**. Renouvelez cette application deux fois par semaine pendant un mois et recommencez après un mois de repos, suivant le résultat obtenu.

Touchez au thermo ou au galvano-cautère les points congestionnés des gencives.

Conseillez au malade de prendre des soins hygiéniques particulièrement minutieux.

Il doit éviter, par l'usage méticuleux du cure-dents, par le passage de fils entre les dents, le séjour de parcelles alimentaires dans les interstices et assurer, par des bains de bouche fréquents et prolongés, une asepsie relative de la cavité buccale.

Grâce à ces soins, on peut arriver sinon à guérir les dents atteintes de pyorrhée, au moins à retarder notablement leur chute et préserver les dents voisines de l'infection.

c) **La presque totalité des dents est atteinte.** — L'affection est généralisée avec gencives fongueuses et bourgeonnantes, il faut renoncer à sauver les dents et, le mieux est de procéder à leur *extraction* graduée pour supprimer ce foyer de suppuration qui peut nuire à la santé générale.

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

**Cliniques médicales iconographiques**  
HALTER, ETIENNE, SPILLMANN, agrégés à  
THIRY, ancien interne des hôpitaux de N  
1902.

Supplément à la description par l'image, pas transportable ou quand l'auditeur place, est chose passée dans les habitudes aux sociétés savantes, bien des mémoires sont accompagnés de photographies. La photographie fixe les formes extérieures en traits saillants, que ne saurait plus minutieusement écrite dans les termes c'est que lors de comparaisons, elle permet de reconnaître les différences et les analogies.

L'application systématique de la photographie à la clinique quotidienne HALTER, ETIENNE, SPILLMANN et THIRY d'une façon très intéressante et avec sagacité quelques-unes des photographies prises plusieurs années dans les services de Nancy, et en les réunissant en un certain rapportant à diverses séries morbides, et à donner de l'habitus et de l'attitude de certaines maladies en particulier une reproduction soit en réalisant de façon pathognomonique un trait frappant d'une physionomie morbide la fidélité la plus grande ce que le médecin a pu constater dans l'investigation clinique et que le langage.

Il y a plus dans cet ouvrage. Il n'est pas sur sa route de clinicien tel cas qu'il a souvenir, resté longtemps précis, va s'en souvenir. Nombre de cliniciens, d'autre part, ne possèdent que des notions sur certaines formes morbides rares. Les auteurs des cliniques médicales leurs photographies, ravivent le souvenir du corps à ces vagues notions. Leur mérite est d'examiner leurs 68 planches contenant le texte suffisamment détaillé qui les a écrits combien les auteurs ont fait œuvre utile en apprenant à voir, le maître s'attarde à réédifier des diagnostics. On ne peut que louer cette tentative originale de faire de

## VARIÉTÉS & ANECDOTES

### L'embaumement

On donne le nom d'embaumement aux opérations nécessaires pour assurer la conservation des cadavres humains. On arrive à ce but par l'usage de conserver les cadavres r



antiquité ; les Egyptiens étaient arrivés à une très grande perfection dans cet art. Nous connaissons quelques-unes de leurs recettes qui nous ont été transmises par les auteurs anciens ou que nos savants archéologues ont pu déchiffrer sur les monuments de l'Égypte. La méthode la moins dispenseuse consistait à injecter dans les intestins une liqueur caustique qui les dissolvait et à tenir le corps plongé pendant 70 jours dans une solution de natron ; on vidait ensuite le cadavre, on le lavait et on le faisait sécher. Souvent, après cette dessiccation, on plongeait le corps dans un goudron minéral, qui en pénétrait toutes les parties. Pour le corps des personnes riches, on prenait plus de précautions. Le corps était vidé et lavé avec du vin de palmier ; on y introduisait ensuite des poudres aromatiques, de l'asphalte et on les couvrait de natron ; au bout de 70 jours, on le séchait puis on l'enveloppait de bandelettes de toile de lin imprégnée de résine.

Actuellement, l'embaumement se pratique par injection de solution antiseptique dans le cadavre. Voici quelques-uns des procédés en usage : M. CHAMIER et M. BOUDET opèrent de la manière suivante : après avoir enlevé rapidement les viscères et le cerveau, on remplit immédiatement les cavités d'étoupes sèches et fortement tassées, pour qu'elles puissent empêcher les parois de s'affaisser ; on ferme les incisions par des sutures en ayant soin, pendant la durée des opérations, de plonger de temps en temps le corps dans un bain d'alcool pur, puis dans un bain d'alcool contenant du sublimé en solution. Puis on plonge le corps dans une baignoire contenant une solution de sublimé dans l'eau et on l'y laisse séjourner trois mois. Alors, on laisse la dessiccation se faire à l'air libre.

Le procédé de M. GANNAL est plus pratique : il est basé sur la propriété que possède l'alumine de former une combinaison imputrescible avec la matière existant dans tous les tissus et que ce chimiste nomme géline. Pour la mettre en pratique, on injecte par l'une des carotides une solution d'acétate d'alumine puis on fait séjourner le corps trois jours dans cette solution.

Un autre liquide conservateur de GANNAL a la composition suivante : sel commun, 1.500 gr. ; alumine, 1.000 ; azotate de potasse, 500 ; eau, 2.000. M. GANNAL emploie actuellement une solution de sulfate d'alumine et de chlorure de zinc.

D'autres opérateurs se servent de solution d'acide thymique et de chlorure de zinc, de liqueur alcoolique, de chloral, de glycérine et d'acide phénique, de chlorure de zinc pur. En France, pour que les recherches médico-légales ne soient pas entravées, il est interdit d'employer les sels de métaux toxiques, tels que, par exemple, le bichlorure de mercure et l'acide arsénieux.

CH. GIRARD.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

M. le docteur HAUTEFEUILLE, licencié ès-sciences, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire

naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

### Dons et Legs

M. FROMONT vient, par testament, de faire don en nue-propriété de la somme de 2.500 francs aux Hospices de Lille ; M. FROMONT est décédé ces jours derniers à Lille.

### UNIVERSITÉS DE PROVINCE

**Bordeaux.** — M. le docteur DEMONS, professeur de clinique chirurgicale, membre du Conseil de l'Université, est nommé assesseur du doyen.

**Montpellier.** — M. le docteur FONZES DIACON, agrégé, est chargé du cours complémentaire de chimie minérale à l'Ecole de pharmacie.

**Nancy.** — M. le docteur KLOBB, professeur de pharmacie, est chargé d'un cours complémentaire de minéralogie et hydrologie.

**Dijon.** — M. VINCENT, pharmacien supérieur de 1<sup>re</sup> classe, professeur suppléant, est nommé professeur de pharmacie et matière médicale.

**Grenoble.** — M. le docteur CIBERT, professeur suppléant, est nommé professeur de clinique obstétricale.

**Limoges.** — M. le docteur DESCAZAL est chargé, pendant la durée du congé de M. YSSIERI, des fonctions de suppléant d'anatomie et physiologie.

**Caen.** — M. le docteur GOSSELIN, ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de physiologie.

**Poitiers.** — M. le docteur MORICHAU-BAUCHANT, est nommé suppléant de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de chirurgie de Poitiers.

### Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs GOURAINCOURT, de Franchère (Allier) ; BETTINGER, de Reims (Marne) ; LANQUETIN-LEMAIRE, professeur de sciences naturelles au lycée de Nancy ; J. MASSON, de Paris ; FLORION, de Lillebonne (Seine-Inférieure) ; CARON, de Boisguillaume (Sarthe) ; GENDEL, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; SOYARD, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; COTTON D'ENGLESQUEVILLE, de Caen (Calvados).

LOUVIÈRE, étudiant en médecine, à Lille.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES.** — **Le Marchais** est la meilleure préparation créée pour diminuer la toux, la fièvre et l'expectoration. De 3 rées à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.

D<sup>r</sup> Ferrand. — *Trait.*

**RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX**  
**NEUROSINE PRUN**  
(Phospho-Glycerate de Chaux pur)

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : **MM. les Docteurs :** **INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX :** La radiographie est nécessaire dans les affections osseuses chroniques, par le docteur **O. Lambret**. — Rétention d'une partie du placenta après l'accouchement à terme ; Septicémie ; Curage digital et curetage instrumental ; Guérison, par **MM. le professeur M. Oul** et **Gelle**, interne. — **CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES :** Amygdalite phlegmonieuse, par le professeur-agrégé **Gaudier**. — Société centrale de médecine : Séance du 14 novembre 1902. — **MOTS DE LA FIN.** — **NOUVELLES ET INFORMATIONS.** — **STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.**

## TRAVAUX ORIGINAUX

### La radiographie est nécessaire dans les affections osseuses chroniques

par le docteur **O. Lambret**,

Professeur agrégé, chargé du cours de médecine opératoire à la Faculté.

Mon intention n'est pas de montrer ici quelle est l'importance des services à nous rendus par la radiographie dans les maladies des os ; un tel travail n'est plus à faire, et il n'est pas besoin d'aucun plaidoyer en faveur d'un moyen d'investigation qui s'est imposé de lui-même et du premier coup. Ce que je me bornerai seulement à établir, c'est qu'on ne met pas assez souvent à contribution les renseignements que peuvent nous fournir les rayons X et que nous perdons beaucoup en ne les utilisant la plupart du temps que dans des cas embarrassants et de diagnostic douteux. On a le droit de le dire, on n'emploie, en fait, que d'une façon très modérée la radiographie lorsqu'on se trouve en présence d'un cas clinique parfaitement caractérisé, par exemple d'une tumeur blanche aux

allures classiques ou d'une ostéomyélite chronique d'emblée en apparence non douteuse. Or, il arrive de temps en temps que les manifestations symptomatiques dont on rend responsable ou l'ostéite tuberculeuse ou l'ostéomyélite ne leur sont pas attribuables et qu'elles traduisent l'existence d'un ostéosarcome. Cela est particulièrement vrai pour les ostéosarcomes centraux, développés au cœur de l'os, dans le voisinage des cartilages de conjugaison et des articulations. Ces néoplasmes, en effet, prennent naissance au sein de la portion médullaire de l'os et sont, au début, enfermés comme dans une coque par la substance compacte ; aussi, pendant un certain temps, est-il difficile d'y soupçonner leur présence. Les sarcomes périostiques développés à la surface de l'os sont plus facilement décelables, bien que la tuméfaction limitée à laquelle ils donnent naissance puisse également être attribuée à une tout autre cause.

Alors qu'il n'y a encore aucune déformation extérieure de l'os, l'ostéosarcome commence à se signaler par de la douleur. Cette douleur à caractères ostéocopes et à maximum nocturne, est, la plupart du temps, attribuée à une syphilis secondaire ou à des ostéites subaiguës. Lorsqu'à quelque temps de là, par suite de l'accroissement du néoplasme, une tuméfaction commence à poindre, tuméfaction encore quelque peu vague, douloureuse à la pression, située au voisinage d'un cartilage de conjugaison, le diagnostic n'en devient que plus affirmatif et s'établit en faveur de



Postéomyélite chronique d'emblée du type TRÉLAT-DEMOULIN. Il suffit de faire quelques recherches pour voir combien est fréquente cette sorte d'erreur. En voici une observation que je donne seulement résumée car je l'ai déjà présentée à la Société de médecine du Nord (22 décembre 1899).

OBSERVATION I. — Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans que j'ai observé à cette époque, dans le service de mon maître, M. le professeur FOLET, dont j'étais alors le chef de clinique. Ce garçon offrait ceci de particulier d'être très maigre et surtout d'une taille excessive pour son âge, et c'était principalement depuis trois mois que l'allongement de la taille avait pris ces grandes proportions. Il était venu à la consultation se plaignant uniquement de souffrir du genou gauche. A l'examen il était facile de voir que l'articulation était saine; par contre, quelques centimètres au-dessus, à la face interne du condyle interne, en un point bien limité, la pression éveillait une vive douleur; en outre, sans que ce symptôme fût très net, l'os paraissait légèrement tuméfié: cette douleur durait depuis un mois environ, et c'est parce qu'elle ne cessait d'augmenter que le malade venait consulter. Rapprochant ce symptôme de l'accroissement rapide de la taille qui devait nécessairement s'accompagner d'une suractivité congestive au niveau des cartilages de conjugaison, je fis le diagnostic d'ostéomyélite chronique d'emblée et j'engageai le malade à entrer à l'hôpital.

M. le professeur FOLET, qui le vit, confirma le diagnostic, et comme après quinze jours de repos, les phénomènes douloureux ne s'étaient pas calmés, il m'engagea à faire la trépanation du condyle interne. Je comptais trouver au cours de cette opération un peu de pus dans la substance médullaire du condyle; au lieu de cela, une fois la substance compacte traversée, je tombai dans une cavité remplie de sang et renfermant quelques débris osseux; pas la moindre trace de pus, mais écoulement continu du sang. Ce dernier symptôme éveillant mon attention, je prélevai un fragment de la paroi pour l'examen histologique, arrêtai l'hémorrhagie par le tamponnement et après pansement, fis reporter le malade dans son lit. Les fragments examinés par M. le professeur CURTIS montrèrent qu'il s'agissait d'un ostéosarcome à petites cellules et probablement très malin. C'est ce qui engagea M. le professeur FOLET à faire une désarticulation de la hanche, bien que le néoplasme fût encore très petit et bien enfermé dans le condyle interne. Je me souviens que lorsque je montrai la pièce à la Société de médecine, deux de mes collègues é mirent le regret qu'une intervention aussi large ait été faite pour un néoplasme aussi éloigné. Ceci n'empêcha pas le malade, qui avait bien supporté la désarticulation, de revenir mourir dans le service, trois mois plus tard, de récursive pleuro-pulmonaire. Bien que l'opération ait été très précoce, le sarcome avait déjà eu le temps de détacher dans le système veineux des embolies néoplasiques.

Dans les cas que nous venons d'envisager, l'ostéosarcome donne naissance à des symptômes qui le font prendre pour une affection purement osseuse, syphilitique ou inflammatoire. Nous allons maintenant voir l'ostéosarcome en imposer pour une maladie articulaire et principalement pour une tumeur blanche. Sans doute il est classique de dire que l'ostéosarcome retentit rarement sur les articulations voisines et cette absence de retentissement a même été donnée comme un bon signe différentiel de diagnostic en faveur des tumeurs osseuses, de même que la persistance des mouvements articulaires due à la conservation des surfaces diarthrodiales. Mais la barrière qu'oppose le cartilage à l'envahissement du néoplasme n'est pas infranchissable et il arrive que celui-ci pénètre par effraction dans l'articulation; une fois le cartilage forcé par la cellule néoplasique, l'existence d'un épanchement articulaire s'explique et dans l'espèce, cet épanchement sera presque toujours constitué par du sang. Dans d'autres cas l'épanchement est purement séreux, il s'agit alors d'une véritable hydarthrose qu'on met sur le compte de la tuberculose et qui est en réalité due au retentissement articulaire d'ordinaire moins considérable dans l'ostéosarcome, mais analogue, en somme, à celui qu'on observe dans les inflammations des épiphyses. Enfin, dans une troisième série de cas, l'articulation demeure absolument indemne, elle ne contient aucune trace de liquide et cependant le diagnostic s'égare tant est voisin le siège du néoplasme, ou à cause de l'œdème périarticulaire, ou encore parce que certains sarcomes périostiques ou centraux arrivent à doubler la capsule et à la blinder en quelque sorte de pseudo-longosités.

OBSERVATION II (D'après les notes rédigées par M. DESCARPENTRIES, externe des hôpitaux). — D. M.... petite fille de neuf ans et demi, est amenée pour la première fois à la consultation de la clinique chirurgicale infantile de l'hôpital Saint Sauveur, le 28 mai 1902. On ne possède aucun renseignement sur l'état de l'enfant à ce moment, ni sur le début de l'affection du cou-de-pied, pour laquelle elle vient. M. le professeur PHOCAS, qui la vit alors fit le diagnostic de tumeur blanche tibio-tarsienne et fit mettre un appareil plâtré. Cet appareil fut enlevé chez elle deux mois après par le médecin de la malade qui, trouvant sans doute que la situation ne s'était pas améliorée, remit un second appareil; mais bientôt le pied gonfla et la malade commença à souffrir. Au bout de trois mois, en septembre, il fallut enlever cet appareil qui avait déterminé une ulcération circulaire du dos du pied. Le gonflement du membre avait encore pris de plus

grandes proportions. Le 15 septembre la malade revint à l'hôpital et entra dans le service des enfants que je dirigeais alors par intérim.

A ce moment l'enfant amaigrie souffrait beaucoup : sa température atteignait tous les soirs 38°5 ; localement le membre inférieur était fortement tuméfié, le dos du pied distendu par un œdème prononcé et surtout, la moitié inférieure de la jambe était fortement augmentée de volume ; la tuméfaction avait son maximum au niveau de l'extrémité inférieure du tibia et allait en s'amincissant progressivement au fur et à mesure qu'on se rapprochait du genou. La peau était rouge, violacée par places, dépourvue de souplesse et sillonnée par de grosses veines bleuâtres. La palpation, qui était douloureuse, donnait une sensation d'empâtement mollassse, plus dur en certains endroits ; à la partie interne il y avait un point fluctuant. M. GALLOIS, aide de clinique, qui vit la malade à son entrée, croyant toujours avoir affaire à une ostéoarthrite et pensa qu'il y avait un abcès sur le point de s'ouvrir, et fit une incision qui ne donna issue qu'à du sang d'abord noir puis rouge ; cet écoulement assez important s'arrêta par le tamponnement.

Le surlendemain, il me pria d'examiner à mon tour l'enfant et à ce moment, surtout à cause des renseignements antérieurs, le diagnostic était embarrassant : néanmoins je pus déclarer qu'il y avait de fortes présomptions en faveur de l'ostéosarcome ; en effet, malgré le gonflement du membre, l'articulation dont l'examen était très difficile, était saine, il était possible d'y déterminer de petits mouvements non douloureux et il n'y avait pas de mouvements de latéralité ; s'il s'était agi d'une tuberculose, avec un gonflement pareil l'articulation n'aurait pas manqué d'être détruite, il y aurait eu des fistules ou on aurait senti des fongosités alors que les sensations fournies par le palper étaient tout à fait différentes. J'éliminai également l'ostéomyélite chronique à cause de l'absence de fistules et aussi parce que la tuméfaction n'avait rien de commun avec celle fournie par le manchon d'os nouveau si caractéristique dans cette dernière affection ; au reste j'annonçai que la radiographie confirmerait probablement le diagnostic. Lorsque quelques jours plus tard, nous fûmes en possession de celle-ci, il fut facile de constater que toute la partie inférieure du tibia était détruite et qu'une tuméfaction de nouvelle formation remontait jusqu'à la partie moyenne de l'os, celle-ci apparaissait comme une barre plus sombre au milieu de la masse néoplasique plus claire. Le 6 octobre, lorsque j'eus l'autorisation de la famille, je fis la désarticulation du genou. Opération et suites normales.

Après l'opération nous examinâmes la pièce, et nous fûmes dès l'abord très frappé par l'énorme développement pris par la tumeur en l'espace de quelques jours, aussitôt après l'incision faite par M. GALLOIS. A travers les lèvres de cette dernière sortaient de gros bourgeons néoplasiques et partout la peau était distendue à l'extrême. La tumeur s'était exclusivement développée au-dessous du cartilage de conjugaison, l'épiphyse et l'articulation étaient indemnes. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre, mais je ne veux retenir pour le moment que l'erreur du diagnostic porté au début par M. le professeur PHOCAS, c'est-à-dire par un clinicien consommé qui connaît les tumeurs blanches pour les avoir pratiquées et qui n'aurait certainement pas commis cette erreur si les moyens classiques dont nous disposons le lui avaient permis. La plupart des chirurgiens et principalement les chirurgiens d'enfants ont observé des faits de ce genre, et un certain nombre ont été publiés qu'il est facile de retrouver dans la littérature médicale. Bien entendu, la chose n'est possible qu'au début de l'affection et à une époque où il n'est pas encore question ni de grosse déformation du membre, ni de tumeur volumineuse, ni de crépitation parcheminée, etc., etc. Mais c'est justement cette période du début qui est la plus favorable à l'intervention chirurgicale ; c'est à cette même époque que l'opération, parce que précoce, court la fortune de donner une guérison définitive, car, il y a chance pour que le néoplasme petit et limité n'ait pas encore lancé dans la circulation aucune de ces embolies généralisatrices si redoutables et aussi si fréquentes dans l'ostéosarcome des membres. C'est pourquoi il est pénible d'être obligé d'attendre de l'évolution du néoplasme, l'établissement du diagnostic exact ; c'est là, en effet, un moyen misérable et dont les malades sont à peu près sûrs de bénéficier trop tard alors que les semailles de récurrence sont déjà faites.

Nous pensons que dans cet ordre d'idées, la radioscopie et surtout la radiographie employées d'une façon systématique et répétée sont capables de nous rendre de très grands services. Les clichés obtenus à l'heure actuelle par ceux qui savent faire la radiographie, sont suffisamment nets pour permettre le diagnostic précoce et la distinction des tumeurs épiphysaires d'avec l'ostéomyélite chronique et la tuberculose, de même que celle des tumeurs diaphysaires d'avec l'ostéomyélite chronique et la syphilis. On trouvera dans le rapport de MM. POLOSSE et BÉRARD, au Congrès de chirurgie de 1899, les éléments de ce diagnostic différentiel qui est basé sur les aspects particuliers des ombres projetées sur la plaque photographique, par les os atteints de ces diverses affections. Voici un court résumé de ce que, se basant sur l'examen de quelques épreuves, MM. POLOSSE et BÉRARD établissent à ce sujet :

Dans une hyperostose syphilitique, ce qu'on cons-

tate c'est un apport en masse et régulier de substance nouvelle à de l'os ancien ; les couches périostiques les plus jeunes sont les plus claires.

Dans l'ostéomyélite chronique où, comme on sait, une portion osseuse séquestrée est le plus souvent enfermée dans un manchon d'os nouveau, on perçoit les contours cannelés et irréguliers de la portion centrale séquestrée en plus foncé ; tandis que l'os nouveau, d'origine périostique, plus récent et moins calcifié, est beaucoup plus clair.

Dans la tuberculose, l'os est raréfié ; il conserve longtemps ses contours normaux mais il est presque complètement perméable aux rayons X, et sa projection tranche en plus blanc sur le reste du squelette voisin ; les petites cavernes où l'os a disparu se projettent en petites taches blanches.

Dans le sarcome au contraire, les aspects sont tout différents. Si la tumeur, d'origine centrale, est formée de tissu mou et sans travées osseuses, lorsqu'elle a perforé l'os et atteint les parties molles, la radiographie nous montrera une plus ou moins vaste perte de substance osseuse, traduite par une zone claire, découpée comme à l'emporte-pièce. Si le néoplasme est infiltré de dépôts osseux ou calciques, s'il s'agit d'un sarcome périostique, il se projettera en une masse moins opaque, englobant une barre plus sombre formée par le corps de l'os ; et s'il s'agit d'un ostéosarcome central et épiphysaire, l'os apparaîtra comme soufflé, « l'amincissement de ses parois fait qu'il se projette en clair, une coque l'enferme dans ses contours et l'intérieur de cette coque est cloisonné par des lames de refend plus ou moins complètes. »

Ces physionomies radiographiques des tumeurs osseuses ont été décrites d'après les épreuves fournies par des sarcomes ayant déjà atteint un certain développement. Mais leurs caractères sont tellement nets qu'il n'est pas douteux qu'on ne puisse les retrouver avec toute leur précision dès le début de l'évolution de la tumeur, à l'aurore du néoplasme. C'est pourquoi, à notre avis, dans les tumeurs blanches en apparence les plus franches d'allures, mais non encore fistulisées, et dans les ostéomyélites chroniques d'emblée même se présentant avec un ensemble symptomatique des plus classiques, il y a néanmoins un haut intérêt à soumettre systématiquement et à intervalles rapprochés, les malades au contrôle radiographique : c'est le seul moyen de découvrir, le cas échéant, un ostéosarcome impossible à diagnostiquer en clinique.

Il y a toutefois lieu de faire une restriction en ce qui concerne les sarcomes juxtaarticulaires bien centraux et encore tout petits ; ceux-ci, en effet, peuvent se manifester sur la radiographie par une tache blanche qu'on pourrait croire produite par une caverne tuberculeuse ; mais — et c'est ici qu'apparaît la nécessité de faire des radiographies répétées — l'erreur sera de courte durée et sera reconnue si, trois ou quatre semaines plus tard, on soumet de nouveau le malade à l'examen radiographique ; celui-ci montrera en effet que la petite tache blanche a augmenté dans ses dimensions avec une rapidité qui fera rejeter la possibilité d'une tuberculose, et cela, d'autant plus que la raréfaction du tissu osseux signalée plus haut et constante dans cette affection, ne se rencontre pas dans le sarcome.

Evidemment, et cela est regrettable, ce contrôle radiographique n'est pas à la portée de tous les praticiens, car l'installation nécessaire n'existe pas partout et là où elle existe il faut encore, et nous insistons sur ce point, que les appareils soient suffisamment bons et le radiographe assez habile pour que les clichés obtenus soient d'une grande netteté ; il n'y a en effet rien à tirer de ces clichés grisâtres, aux ombres à peine indiquées et mal estompées, que nous fournissent ceux qui ont une pratique incomplète et insuffisante de la radiographie.

A ces conditions, il est évident que nous sommes en possession d'un moyen de diagnostic qui de temps en temps nous permettra de découvrir à notre grand étonnement, une affection que nous ne soupçonnions pas.

Nous pourrions de la sorte, par une opération précoce, intervenir à une époque idéale pour des tumeurs tout à fait limitées, et ainsi nous écarterons plus sûrement les dangers d'une récurrence ou d'une généralisation. Ainsi également, nous serons moins exposés à faire de ces opérations intempestives qui sont trop souvent l'origine d'un coup de fouet dans l'évolution de la tumeur. On a vu dans notre observation II l'expansion formidable prise en très peu de temps par la tumeur à la suite d'un coup de bistouri ; c'est que dans le sarcome, cancer peut être inflammatoire, la règle du *noli me tangere* existe dans toute sa rigueur, et il est noté qu'il n'est pas besoin d'un grand traumatisme pour irriter et exalter la vitalité du néoplasme : un coup de bistouri suffit et même une simple ponction. LE DENTU (1) raconte qu'en présence

(1) Société de chirurgie, 1877.

d'une tumeur fluctuante de l'extrémité supérieure de la cuisse, qu'il prit pour un abcès ossifluent, il fit une ponction, mais au lieu de pus ce fut du sang qui sortit en telle abondance que l'hémorrhagie fut difficilement arrêtée ; or, à partir de ce moment, la tumeur se mit à prendre un développement très rapide ; les veines sous-cutanées se dilatèrent d'une façon inaccoutumée, une d'entre elles se rompit et donna lieu à une hémorrhagie si formidable qu'on dut lier la fémorale ; le malade mourut de gangrène.

Une observation de CALOT (1) est bien plus intéressante encore, car elle concerne deux frères, l'un de 17, l'autre de 19 ans, chez lesquels il avait porté le diagnostic de tumeur blanche du genou. Il les traita tous deux par sa méthode d'injections intraarticulaires de liquides modificateurs ; or, dit-il, « je ramenaï, non pas comme dans les autres cas, un liquide dont l'aspect était celui d'un abcès froid, mais un liquide sanguinolent et à la deuxième ponction c'était du sang pur, comme s'il s'était développé un véritable anévrysme de l'articulation. En même temps, les extrémités osseuses de la jointure doublerent de volume ; la peau, tendue, était lisse et violacée ; l'on pouvait bientôt percevoir à la surface mamelonnée de l'articulation de la crépitation parcheminée. Cette transformation s'était produite dans l'espace de *trois à quatre semaines*. » En même temps, ces cancers devenus très malins se généralisaient et les malades de CALOT ne tardaient pas à succomber sans qu'on ait eu le temps de les opérer, à la généralisation pulmonaire.

Ces observations pourraient être multipliées, mais j'ai choisi celles qui précèdent pour bien mettre en relief l'influence considérable que peut avoir sur l'évolution d'un ostéosarcome, un traumatisme en apparence aussi bénin qu'une simple ponction. Ces faits comportent un enseignement et sont un argument de plus en faveur de la radiographie dans les tumeurs blanches ; il n'est pas inutile d'insister sur ce point à l'heure actuelle où, sans parler des injections de chlorure de zinc suivant la méthode de LANNELONGUE, le traitement par les injections de liquide modificateur autour de l'articulation et même au centre des os est préconisé par une école dont le nombre des adeptes est déjà respectable et dont les résultats annoncés donnent à réfléchir.

Hâtons-nous de reconnaître que, la proportion des

(1) Congrès de chirurgie, 1899.

ostéosarcomes étant heureusement très faible en comparaison du nombre des ostéomyélites subaiguës et surtout des tumeurs blanches, la radiographie faite d'une façon systématique est destinée à nous encombrer d'un grand nombre de clichés en apparence inutiles. L'argument tombe devant ce fait que la plupart des chirurgiens ont par devant eux une ou plusieurs observations du genre de celles que nous avons rapportées ; cela montre que la précaution vaut qu'on la prenne, et d'ailleurs, il n'y a rien d'inutile en clinique, et il est toujours instructif d'être renseigné sur le siège exact des lésions tuberculeuses ou ostéomyélitiques, même les plus banales.

#### Rétention d'une partie du placenta après l'accouchement à terme. — Septicémie. — Curage digital et curetage instrumental. — Guérison.

par MM. le professeur-agrégé OUI, et GELLÉ, interne des hôpitaux

D... Marie, 34 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 24 juillet au soir.

Des renseignements difficilement recueillis de la part de cette femme, dont l'intelligence est fort obnubilée, il résulte qu'elle a accouché spontanément chez elle, le 16 juillet au soir, assistée par une sage-femme. L'accoucheuse rompit le cordon en voulant pratiquer la délivrance et attendit alors le lendemain matin pour pratiquer la délivrance artificielle. Elle dut introduire plusieurs fois la main dans l'utérus et retira le placenta par morceaux.

Trois jours après, le 19 juillet au soir, la malade fut prise d'un long frisson. Les lochies devinrent fétides ; la température s'éleva et le 24 juillet, son état devint tellement alarmant qu'elle fut envoyée d'urgence à l'hôpital. A ce moment, la température axillaire était de 40°.

A la visite du matin, le lendemain la malade était le suivant : Ventre bas, reux au niveau de l'utérus et des flancs, lochies, couleur jus de pruneaux, h. Facies grippé, langue sale et rôtie, Selles diarrhéiques très fréquentes, fétidité. Prostration profonde. Température, 40° 2 ; Pouls, 150.

L'examen des urines recueillies à la sonde après désinfection soignée de la vulve ne donne pas trace d'albumine.

M. OUI décide de faire immédiatement l'exploration manuelle de l'utérus.

La malade est soumise à l'anesthésie chloroformique et, après toilette vulvo-vaginale très soignée, la main tout entière est introduite dans le vagin, l'autre main appuyant sur la paroi abdominale et abaissant le fond de l'utérus.

Deux doigts introduits dans la cavité utérine l'explorent complètement et atteignent, tout près du fond de l'organe, adhérente à sa paroi postérieure, une masse grosse presque comme le poing, de consistance molle et qui est, évidemment, une portion de placenta. Ce fragment placentaire est décollé et extrait. Il est en pleine putréfaction.

L'utérus est alors cureté soigneusement, les faces avec la grande curette en cuiller, les cornes avec la petite curette de PINARD et WALLICH. Le curetage ramène de longs lambeaux de muqueuse très épaisse et grisâtre. L'intervention a dû être menée avec une extrême prudence

à cause de la mollesse très grande du tissu utérin. Une légère hémorrhagie se produit, rapidement arrêtée par une injection intra-utérine de six litres d'eau bouillie à 45°. Deux grandes lanières de gaze iodoformée sont introduites dans l'utérus pour le drainer. Le vagin est ensuite tamponné très légèrement avec de la gaze iodoformée.

Le poulx de la malade étant très petit, presque filiforme, on lui fait immédiatement une injection de 600 grammes de sérum artificiel contenant 20 centigrammes de caféine.

Régime lacté.

Le soir, la température axillaire est tombée à 39°2. Le poulx est à 140.

Le lendemain, 26 juillet, 38°8 le matin, 39°4 le soir, 135 pulsations à la minute.

La gaze iodoformée est enlevée. Dans la journée, trois injections vaginales de sublimé à 1/4000.

Les jours suivants, la température oscille entre 37° et 37°5.

Elle remonte, le 30, à 38°. Cette élévation de température

cesse, d'ailleurs, après une selle copieuse due à l'administration d'un lavement.

Le 31, la malade est remise au régime ordinaire.

Comme elle se plaint de douleurs dans la cuisse droite et bien qu'il n'y ait pas d'œdème ni de cordon veineux perceptible, il paraît prudent d'immobiliser le membre dans une gouttière.

La température remonte d'ailleurs un peu les jours suivants et nous aurions vivement désiré garder cette malade quelque temps encore à l'hôpital; mais elle ne voulut écouter aucun conseil et sortit le 4 août, malgré toutes nos instances.

L'un de nous a eu l'occasion de la revoir un mois environ après sa sortie. Elle avait eu, après son retour chez elle, une abondante éruption de furoncles siégeant surtout aux membres supérieurs et aux aisselles.

Au point de vue génital, elle se plaignait de douleurs et d'une abondante leucorrhée. Utérus en rétroflexion, gros et douloureux.

Si nous rapportons cette observation, c'est qu'on se trouve assez rarement en présence de rétentions placentaires partielles aussi considérables après l'accouchement à terme. C'est, généralement, à la rétention totale qu'on a affaire ou à la rétention de très petits débris. Le fait qu'on

avait dû avoir recours, dans le cas présent, à la délivrance artificielle qui commande une exploration complète de l'utérus, permettait de croire que la cavité utérine avait été bien et complètement vidée.

Une circonstance, cependant, commandait le doute, c'est que le placenta avait été retiré par morceaux et cela seul suffisait pour juger que l'opération avait été faite par une main inhabile.

C'est pourquoi il fut procédé d'abord à l'exploration manuelle, naturellement suivie de l'extraction du placenta retenu.

On aurait pu s'en tenir à cette intervention. C'est même la conduite que préconisent généralement les partisans du curage digital dont la plupart se contentent, comme Monsieur BUDIN, de pratiquer, après le curage, l'écouvillonnage de la cavité utérine.

Nous pensons que, dans notre cas, le curettage a été un complément fort utile au curage manuel. La muqueuse utérine était certainement infectée profondément ainsi que l'ont prouvé la teinte grisâtre et l'épaisseur considérable des lambeaux de muqueuse ramenés par la curette. La simple extraction du placenta retenu n'aurait vraisemblablement pas suffi à maîtriser une infection aussi profonde et d'allure aussi grave.

La curette, seule, n'aurait probablement point suffi à vider l'utérus. Ce qui était nécessaire, c'était l'emploi combiné de ces deux moyens, le doigt enlevant mieux que la curette les débris importants contenus dans la cavité utérine, la curette pouvant seule abraser et supprimer la muqueuse infectée.

Si on a recours, pour le curettage, aux larges curettes de PINARD et WALLICH, incapables, à moins d'être maniées avec brutalité, de produire des dégâts dans un utérus même très ramolli, la combinaison du curage digital et du curettage instrumental nous paraît devoir agir contre des septicémies graves liées à une rétention plus efficacement que chacune de ces méthodes employées isolément. Elle rétrécirait probablement quelque peu le champ d'action de quelques hystérectomistes convaincus.

## Consultations Médico-Chirurgicales

### Amygdalite phlegmoneuse

Professeur-agrégé GAUDIER.

Sous le nom d'amygdalite phlegmoneuse il faut comprendre le phlegmon intra-amygdalien, le phlegmon péri-amygdalien, et la variété mixte, phlegmon de l'amygdale et de son atmosphère.

**INFORMATIONS CLINIQUES.** — Un adulte de 15 à 40 ans, bien plus rarement un enfant ou un vieillard,

après des prodromes tels que : céphalée, courbature, frisson, fait de la fièvre à 39 ou 40° et en même temps se plaint d'une douleur vive amygdalienne, de dysphagie ; une adénite angulo-maxillaire plus ou moins considérable est constatée. C'est la première fois qu'il présente ce complexe symptomatique, ou bien au contraire il ne se passe pas d'année qu'il n'ait quelque chose de semblable.

**A.** L'affection a évolué très rapidement, souvent bilatéralement : l'amygdale est rouge, tendue, parsemée de dépôts pultacés à sa surface, la douleur est vive, mais localisée souvent en un point amygdalien. Il n'y a pas, ou très peu d'œdème de la luette, ni de tuméfaction des piliers. Le malade peut ouvrir assez facilement la bouche. Il s'agit probablement d'un *phlegmon intra-amygdalien*.

**B.** L'affection a évolué assez lentement, unilatéralement le plus souvent ; il existe ce timbre de voix spécial caractérisé du nom de voix amygdalienne. Du trismus existe et parfois est assez marqué pour gêner beaucoup l'examen de la gorge, la douleur très vive est étendue à toute la région. Ici deux localisations anatomiques peuvent se rencontrer.

a). Si le pharynx est rouge vif, si la tuméfaction du pilier antérieur est accentuée, s'il y a œdème de la luette et du voile du palais, asymétrie de l'isthme bucco-pharyngien due au gonflement du côté affecté, il s'agit probablement d'une *variété antérieure de phlegmon péri-amygdalien*.

b). Si le pharynx est moins uniformément rouge, s'il y a tuméfaction considérable du pilier postérieur qui, véritable bourrelet œdématisé, refoule l'amygdale en avant, en la coiffant en partie, s'il existe très peu d'œdème du voile du palais et de la luette, il s'agit probablement là d'une *variété postérieure de phlegmon péri-amygdalien*.

**C.** Spontanément, l'abcès s'est ouvert, un pus infect s'en est écoulé et la douleur a diminué, mais pas complètement, ainsi que le trismus ; le patient crache encore du pus de temps en temps, avec des intermittences de réveil douloureux. Il s'agit probablement là d'un passage à l'état chronique d'une *intra ou périamygdalite phlegmoneuse*, dont l'abcès est insuffisamment ouvert et qui prédispose aux récives aiguës.

**INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES.** — Pour la genèse d'une angine phlegmoneuse, il faut la prédisposition anatomique de l'amygdale cryptique ou lacunaire, à tendances hypertrophiques souvent ignipuncturée, avec sa caractéristique de cryptes plus ou moins anfractueuses, à goulot plus ou moins étroit, qui constituent, à la moindre inflammation, un vase clos idéal où s'exaltera à souhait la virulence des agents variés pyogènes, hôtes de ces cryptes, staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, etc.

Dans le cas de phlegmon intra-amygdalien, la lésion intéresse plus spécialement le tissu adénoïde de la glande ; dans le cas de phlegmon péri amygdalien, le foyer phlegmoneux siège, soit en avant (abcès antérieur), soit en arrière (abcès postérieur) dans le tissu cellulaire sous staphylin, ou dans les recessus antérieurs ou supérieurs.

Cette pathogénie commande la double indication d'atteindre le siège de l'abcès pour l'évacuer, de prévenir le retour de sa formation en modifiant l'état anatomique de l'amygdale.

Mais cliniquement, il surgit d'autres indications dignes d'attention : calmer la douleur, faire l'antisepsie buccale afin de défendre les organes voisins contre l'infection.

**TRAITEMENT.** — Suivant la période à laquelle on est appelé, le traitement sera médical ou chirurgical : médical d'abord, plus on s'éloignera du début, plus il sera du ressort de la chirurgie, si l'évacuation de l'abcès ne se fait pas spontanément. Mais une fois parvenue à la période d'état, l'amygdalite phlegmoneuse, suivant la variété anatomique, exige un choix dans l'intervention qui lui est réservée.

#### PHASE COMMUNE A TOUTES LES AMYGDALITES

Un traitement médical ou chirurgical peut-il prétendre à faire avorter l'amygdalite phlegmoneuse qui se prépare ? Le doute est permis, l'amygdalite qui commence n'annonce par aucun symptôme qu'elle deviendra phlegmoneuse.

**TRAITEMENT MÉDICAL.** — Ce traitement, dénommé médical parce qu'on n'a pas recours à l'instrument tranchant, peut suffire même pour provoquer l'évacuation de l'abcès.

Il comporte les gargarismes, les pulvérisations, les lavages, les enveloppements du cou.

**Gargarismes.** — Les gargarismes n'ont qu'une action très limitée. **Emollients** purs, ils visent, pris tièdes, à décongestionner la région, à la baigner ; les décoctions de racines de guimauve et celles de pavot sont alors prescrites : **antiseptiques** et destinés à nettoyer la région endolorie, on a le choix dans la gamme si variée des antiseptiques et l'on prescrit soit l'acide phénique à un pour 1000, le phénosalyl à un pour 500, le sublimé à 0,20 pour 1000.

**Irrigations pharyngiennes.** — Aux gargarismes tièdes ou aux pulvérisations qu'on peut faire avec les mêmes solutions, il faut préférer les irrigations pharyngiennes fréquemment répétées, chaudes ou froides, faites au moyen d'une **douche d'Esmark** et se composant d'une solution tiède ou froide faiblement antiseptique, ou le grand lavage froid avec le siphon d'eau de Seltz.



**Technique de l'irrigation pharyngienne avec le siphon d'eau de Seltz** — Prendre un siphon d'eau de Seltz ordinaire : fixer solidement au bec un tube en caoutchouc de 50 à 75 centimètres de long terminé par une canule en verre en cristal, à orifice terminal : puis, le cou protégé par une serviette entourant la bouche, et se penchant au-dessus d'une cuvette, à petits coups et par intervalles, en ménageant la pression pour ne pas faire éclater le tube de caoutchouc, **siphonner le fond de la gorge** du côté malade, la canule étant placée entre les dents. Entre deux jets on reprendra haleine.

Cette irrigation froide, très gazeuse, est bien supportée par le malade : elle est économique, elle nettoie bien la gorge, ramenant avec elle toutes les mucosités pharyngées et elle est surtout très calmante, permettant la déglutition immédiate et par conséquent l'alimentation liquide. Elle agit par un véritable massage de l'amygdale ; vidant les cryptes, décongestionnant la muqueuse, et dans certains cas heureux permettant à un abcès superficiel, dans un effort, de se vider ainsi, sans intervention instrumentale. **Il faut faire 4 ou 5 siphonnages par jour.**

**Enveloppements du cou.** — Les enveloppements du cou, plutôt chauds que froids, soit au moyen de compresses trempées dans une solution chaude, soit au moyen de cataplasmes ou de ouataplasmes souvent renouvelés peuvent soulager le malade.

**TRAITEMENT CHIRURGICAL.** — Il consiste en une véritable exploration de la région malade, au moyen des crochets mousses et piquants, ou disciseurs de Ruault ou faits pour la circonstance, à l'aide d'un fort stylet long dont l'extrémité mousse sera recourbée sur un centimètre à angle droit avec la tige.

**Technique de l'exploration méthodique des amygdales.** — Pour pratiquer cette exploration, parfois curative par elle-même, la condition indispensable est de bien éclairer la gorge ; autant que possible on se servira de la lumière artificielle et du miroir frontal. On peut aussi badigeonner la région amygdalienne et le voile du palais avec une solution de cocaïne à 1 pour 100 pour diminuer un peu les réflexes bucco-pharyngés.

L'exploration, commencée avec le crochet mousse, doit être méthodique et sans violence. Après avoir déprimé la langue avec un abaisse-langue, avec le crochet chacune des cryptes sera cathétérisée : quelques cloisons seront détruites ; puis, discrètement, on s'attachera à explorer les recessus antérieurs, supérieurs et postérieurs, détachant quelques adhérences au passage, s'assurant de la sensibilité superficielle ou profonde de la région. Si, chemin faisant, on ouvrirait une petite collection, on abandonnerait le crochet mousse pour un crochet piquant ou mieux pour une petite faux de Ruault et l'on ouvrirait largement l'abcès.

Nausées, vomissements, protestations du malade et de son pharynx même cocaïnisé, saignement, tout cela peut rendre cette petite opération moins aisée qu'elle ne le paraît ; mais, même incomplète, elle présente un grand avantage : Par l'hémorragie provoquée elle décongestionne ; par le cathétérisme dilatateur des cryptes, elle vide ces dernières, décompressionne, permet à un abcès profond de se faire jour plus vite. L'exploration méthodique suivie de siphonnage est à recommander.

#### PHASE OU L'AMYGDALITE PRÉSENTE SA VARIÉTÉ CLINIQUE

Le traitement est ici avant tout chirurgical ; le traitement médical est tout accessoire.

**A. Phlegmon intra-amygdalien.** — La tuméfaction amygdalienne est nette ; la collection purulente est formée depuis trois ou quatre jours.

Il faut **ouvrir** soit avec le crochet à discision tranchant, soit au bistouri. Mieux vaut le crochet dont la courbure et le peu de volume facilite cette petite intervention ; comme toutes celles que l'on pratique dans la bouche, cette intervention doit se faire **au grand jour et jamais à l'aveuglette** et en tâtonnant.

Le crochet a pénétré dans la collection, le pus s'écoule le long de l'instrument et tombe dans la bouche ; agrandissez l'incision et faites un grand lavage à la suite.

La douleur cesse bien vite et la guérison s'obtient en deux ou trois jours.

**B. Phlegmon périamygdalien antérieur.** — Deux cas se présentent :

a). La collection qui date de cinq à huit jours siège près du bord libre du pilier. Le **crochet** l'ouvre assez facilement, en passant entre le pilier et l'amygdale ; **remonter de bas en haut la pointe dirigée vers le voile, décoller largement.** On s'assure en passant de l'état de l'amygdale où pourrait coexister un autre abcès.

b). La collection, âgée de huit, dix, douze jours, est profonde, loin du bord libre des piliers. Le voile du palais présente une voussure arrondie, et il peut se faire que le doigt exerçant une légère pression, à un centimètre et demi du bord interne des fibres antérieures, sente une dépression très sensible au milieu de l'induration phlegmoneuse.

Ici il faut **inciser**, mais en général ce n'est pas chose facile, étant donné dans ce cas le trismus qui gêne pour voir et inciser.

**Technique.** — Inutile de cocaïner ; pour empêcher la bouche de se refermer, placer un bouchon ou tout autre écarteur entre les dents ; déprimer fortement la langue, bien éclairer la région et **inciser parallèlement au bord des piliers sur une longueur d'un centimètre, en pénétrant à un bon centimètre et demi de profondeur.** On se servira

d'un petit bistouri à lame étroite et la pointe sera dirigée dans la direction de la ligne médiane pharyngée ; jamais du côté de la paroi latérale. **Il faut préférer le bistouri** au galvano-cautère, dont le seul mérite est de ne pas exposer à la réunion trop précoce des bords de l'incision ; mais dont, tort grave, l'application est fort douloureuse.

En général, le pus s'écoule immédiatement après l'incision. Dans quelques cas pourtant, l'écoulement ne se produit qu'au bout de quelques heures. Si passé ce temps et malgré l'incision large et profonde, les douleurs continuent, c'est que l'on a mal exploré la région amygdalienne et que le pus se trouve soit dans l'amygdale, soit en arrière.

**B'. Phlegmon péri-amygdalien postérieur.** — Le diagnostic en est généralement facile. Il faut **inciser franchement** avec le crochet tranchant ou le bistouri, le bourrelet postérieur saillant qui refoule et recouvre l'amygdale ; le pus est très superficiel et s'écoule de suite.

**C. Forme chronique fistuleuse.** — Elle succède soit à une collection ouverte spontanément, soit à une collection ouverte instrumentalement, mais dont l'ouverture dans les deux cas a été ou trop petite, ou mal située, trop haute.

Dans quelques cas, elle coexiste dans l'amygdale même, avec la présence d'un calcul amygdalien cryptique.

L'indication est d'**ouvrir plus largement** ; et s'il existe reconnu au stylet par l'exploration, d'**extraire** le calcul amygdalien.

#### CONVALESCENCE ET PROPHYLAXIE

Après ces interventions, les lavages de la bouche sont de rigueur ; gargarismes, ou injections, ou siphonnages, mais plutôt légèrement antiseptiques et chauds. D'ailleurs, l'abcès ouvert, les phénomènes douloureux s'amendent très vite, le gonflement disparaît, le trismus cesse, l'adénite diminue.

Cependant, il faut continuer pendant longtemps les **instillations nasales** à l'huile mentholée, boriquée, ou résorcinée, pour protéger les trompes contre toute infection possible et soumettre le malade à un traitement **tonique réparateur**, car rien ne déprime plus qu'une angine phlegmoneuse. Il faut empêcher le retour d'accidents aussi pénibles et douloureux. Il est donc indiqué, toute inflammation étant calmée, de procéder à l'**ablation des amygdales**, si celles-ci sont hypertrophiques, soit par amygdalotomie, soit par morcellement, après discission.

#### SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 14 novembre 1902

Présidence de M. CARLIER, président

#### Indications et résultats de la néphrectomie

M. Carlier fait une communication sur ce sujet (*sera publié*).

M. Surmont ne met pas en doute l'existence du réflexe réno-rénal, mais il se demande comment le fonctionnement d'un rein sain peut être influencé par le rein malade au point de vue de l'excrétion d'urée. C'est peut-être parce que le sujet mange mieux qu'avant l'opération qu'il excrète plus d'urée.

M. Carlier répond qu'un de ses malades, celui qui avait la syphilis, mangeait aussi bien avant qu'après l'intervention et supportait bien sa tuberculose et sa syphilis. Or, l'urée a doublé après la néphrectomie : c'est un fait inexplicable. De même, chez cet homme, le traitement mercuriel, mal supporté avant l'opération, fut bien supporté après. Actuellement, le malade est au régime ordinaire et il a plus du double d'urée.

M. Surmont demande s'il est admis qu'après néphrectomie l'hypertrophie du rein restant se fasse beaucoup plus vite qu'au cas de disparition pathologique du rein, car dans cette dernière hypothèse on ne supprime pas comme par l'opération les toxines capables de léser le rein.

M. Carlier répond qu'on voit des malades avec deux gros reins, l'un altéré pathologiquement, l'autre hypertrophié. Après ablation d'un rein, l'hypertrophie de l'autre doit se faire très lentement.

#### Simulation de chylurie chez une petite fille

M. Surmont montre de l'urine contenant de la graisse à l'état solide et provenant d'une fillette de onze ans qui avait été vue par M. CARLIER. Les parents avaient constaté chez leur enfant l'émission d'urine blanche : celle-ci contenait de la graisse, mais le cathétérisme de l'uretère fournissait un liquide limpide.

L'enfant a uriné devant M. SURMONT du liquide clair. Elle n'avait rien aux parties génitales, sauf un amas de graisse sous le capuchon clitoridien. Le calibre des masses graisseuses émises précédemment était évidemment trop considérable pour avoir pu franchir l'urètre. Lors de l'examen, l'enfant semblait désintéressée de ce qui se passait, puis poussait des cris tout à fait exagérés.

Lors de l'émission de ces masses graisseuses, elle déclarait d'ordinaire être prise de douleurs et on trouvait dans le vase les fragments en question. Ils sont constitués par de la graisse animale, avec du tissu aponévrotique et même musculaire. Une autre fois, il y eut du sang.

Les parents ne veulent pas croire à cette simulation, par trop évidente. Quant à l'enfant, elle nie toute supercherie.

Cette petite fille est hystérique, fille d'un père alcoolique, épileptique et paludéen, presque aliéné. Elle-même est menteuse. Elle a peut-être eu de vraies urines graisseuses, et comme on en a parlé devant elle, pour ne pas aller en classe, elle a continué à simuler l'hématurie et la chylurie par le procédé qui vient d'être indiqué.



M. Carlier a vu un cas de chylurie et a cru un moment à la filariose chez le malade. Deux heures après émission et à la température de 15 à 18°, un caillot se formait au fond du verre. M. CARLIER fit le diagnostic de chylurie alimentaire. Cela dura une vingtaine de jours, puis disparut pour revenir après une blennorrhagie, comme la première fois d'ailleurs.

M. Gêfard dit que la chylurie alimentaire est fréquente. Dans la filariose, on note de l'hématurie.

M. Deléarde a vu un chylurique qui présentait des lacs lymphatiques au coude et au pli de l'aîne.

**Rétention partielle du placenta après un accouchement à terme. Septicémie : guérison**

MM. Oul et Gellé relatent cette observation. (*Est publié dans le présent numéro*).

**Osteosarcome de l'extrémité inférieure du tibia**

M. Lambret a vu cette localisation rare du sarcome chez une fillette de 9 ans. Il présente des pièces anatomiques et une radiographie. Le début de l'affection avait eu lieu il y a neuf mois par une légère entorse. Le 28 mai, on diagnostiqua une tumeur blanche du cou-de-pied et on mit, pendant six mois, un appareil plâtré qu'il fallut enlever à cause des douleurs et du gonflement avec ulcération du dos du pied. Le 1<sup>er</sup> septembre, on constate la déformation du pied : on trouve un bloc empâté avec un point fluctuant. L'incision donne du sang et nécessite un tamponnement.

Le diagnostic devenait certain, car une tumeur blanche eût détruit l'articulation. Le 6 octobre, désarticulation du genou : la tumeur avait doublé de volume, la peau était très distendue et il sortait de gros bourgeons par l'incision qu'avait pratiquée M. GALLOIS. La malade était depuis lors amaigrie et fébrile.

C'est un sarcome à myéloplaxes. Le diagnostic avait été difficile au début avec la tuberculose et l'ostéomyélite chronique. Cette tumeur avait pris une rapide expansion sous l'influence d'une incision pratiquée dans le service de M. PHOCAS par M. GALLOIS, incision qui a servi de coup de fouet. On doit noter l'intégrité de la partie sous-jacente au cartilage de conjugaison.

**Exostose de l'humérus**

M. Colle présente un ostéome de l'humérus et sa radiographie faite par M. BÉDARD avant l'ablation.

La tumeur osseuse s'est développée dès la première enfance chez un garçon âgé aujourd'hui de six ans. Les parents l'ont aperçue, pour la première fois, lorsque l'enfant avait deux ans environ. Elle faisait alors déjà une saillie très appréciable sous la peau ; il est donc probable que le développement initial de la tumeur remonte aux premiers mois de la vie, si même elle n'est pas d'origine congénitale. Absolument indolore elle siégeait au tiers supérieur

de l'humérus et venait émerger entre le bord du deltoïde et les fibres d'insertion supérieure du vaste externe. Arrondie en forme de petite noix à son extrémité libre qui faisait une forte saillie sous la peau, elle se rattachait à l'humérus par un pédicule d'abord cylindrique puis suivant l'axe de l'humérus dans les parties qui se rattachaient à celui-ci sur une ligne de quatre centimètres environ. La radiographie semble bien établir que le développement de la petite tumeur s'est fait assez loin du cartilage juxta-épiphysaire.

L'ablation a démontré que le pédicule est devenu cylindrique au point où l'exostose s'est dégagée des plans profonds suivant une véritable boutonnière musculaire formée aux dépens du deltoïde et du vaste externe.

La partie sphérique la plus saillante, sous-jacente à la place était encroûtée de cartilage.

Aucune hypothèse ne saurait être formée sur la pathogénie de cette exostose. Son éloignement du cartilage de conjugaison, sa précocité, sont assez remarquables. A signaler également que l'humérus qui la supportait n'était pas moins long que l'humérus de l'autre côté.

Aucune cause infectieuse chez l'enfant lui-même ne peut être invoquée.

A ceux qui admettent le rôle possible, en pareil cas, d'une hérédité infectieuse, il faut signaler que le père est mort d'une pleurésie purulente au cours d'une tuberculose pulmonaire quand l'enfant avait trois ans.

M. Le Fort dit que ces tumeurs passent souvent inaperçues. En faisant des revaccinations chez des adultes, il a souvent perçu des saillies osseuses dans l'aisselle. Le premier sujet ainsi observé avait près de 200 exostoses disséminées et ne s'en doutait point. Un autre présentait au genou une exostose en crochet qui perforait la peau ; il en avait un peu partout. Le plus souvent cela n'occasionne aucun trouble, mais ces exostoses sont rares chez d'aussi jeunes sujets que celui de M. COLLE. Elles ne sont pas tout à fait juxta-épiphysaires, mais descendent petit à petit avec la croissance, jusqu'à siéger en pleine diaphyse, ce qui permet de fixer l'âge de la maladie.

M. Lambret ajoute que ces exostoses peuvent demander des opérations de nécessité. Ainsi, une exostose implantée à l'extrémité supérieure du tibia, s'étant accrue, avait perforé la peau, puis s'était nécrosée.

**Perforation du cœcum due à une obstruction intestinale par accumulation de pelures de poires**

M. Bouret. — Il s'agit d'un homme d'environ 70 ans, qui se présentait le 5 novembre dernier à la consultation gratuite de M. le professeur COMBEMALE. Il se plaignait du ventre, on le fit entrer à l'hôpital de la Charité, salle Ste-Madeleine, n° 3. A la visite du 6 novembre il accuse une douleur vague dans la région sus-ombilicale ; il va, dit-il, difficilement à la selle. Cet homme à la simple inspection

n'a nullement l'aspect d'un malade. Il est porteur d'une hydrocèle gauche assez volumineuse qui ne le gêne pas. Il se lève et circule dans la salle. De temps en temps il déclare à ses voisins que le ventre lui pèse. Le ventre ne présente rien d'anormal à l'inspection. Comme il n'a pas grand appétit on lui donne du lait et des œufs qu'il supporte très bien. C'est un constipé, croit-on ; on lui donne un purgatif, 30 grammes d'huile de ricin, qu'il vomit en partie.

A la visite du 7 il se trouve bien, mais comme le purgatif n'avait produit naturellement aucun effet, la sœur de service lui administre un lavement glycéринé bientôt suivi d'une selle.

Vers 6 heures du soir il raconte qu'il vient de sentir « quelque chose craquer dans son ventre » il indique nettement le flanc droit. On n'appelle pas l'interne de garde, le malade est d'ailleurs tranquille, ne se plaint pas, si ce n'est d'une vague douleur occupant toujours la région sus-ombilicale. Peu de temps après il vomit le repas qu'il vient d'ingérer. Vers minuit, le veilleur le trouve mort dans son lit.

L'autopsie est faite le 9. Le ventre est extrêmement ballonné. Une large incision de l'appendice xyphoïde au pubis est pratiquée, une quantité énorme de gaz horriblement fétide s'en échappe ; le péritoine est rempli de matières fécales ; on peut évaluer à un litre et demi la quantité de matières répandues dans le ventre : c'est un liquide épais verdâtre dans lequel on aperçoit une certaine quantité de pelures de fruits.

Un lavage abondant permet alors de découvrir une masse occupant la partie droite et la partie supérieure du ventre, c'est le côlon ascendant et le côlon transverse formant un énorme boudin d'environ 15 centimètres de diamètre pour le côlon ascendant et d'environ 10 centimètres pour le côlon transverse.

Au niveau du cœcum, qui s'est en partie vidé dans le péritoine, on trouve trois orifices de la grandeur d'une pièce de 2 francs occupant la région antéro-externe et d'où s'écoulent par la pression des matières fécales.

Le côlon est alors ouvert et il sort une masse épaisse composée presque uniquement de pelures de poires tassées. On peut évaluer à trois litres environ la quantité de pelures occupant cette partie du côlon.

La partie extrême du boudin était formée de pelures plus serrées qu'autre part et se trouvait située à quelques centimètres de l'angle que forme le côlon transverse avec le côlon descendant.

Dans cette masse les pelures de poires étaient parfaitement reconnaissables, les pépins y étaient nombreux et on y retrouvait aussi quantité de ces concrétions pierreuses que l'on rencontre dans ces fruits.

Au niveau du cœcum, qui devait avoir été la partie la plus dilatée et qui était d'ailleurs le siège des perforations,

les tuniques à certains endroits étaient réduites à une mince membrane transparente qui n'était autre que la muqueuse.

Dans le côlon descendant et dans le rectum se trouvaient des scybales bien moulées tandis que l'intestin grêle était occupé par une bouillie jaune-verdâtre ; le foie, la rate ne présentaient rien d'anormal.

M. Drucbert rappelle les obstructions par noyaux de cerises, appelées encachonnement ; chez un garçon opéré par lui d'iléosigmoïdostomie, douze jours après l'intervention, l'ingestion de trois à quatre poires donna lieu à des signes intestinaux.

M. Oul dit que les noyaux de cerises descendent dans le rectum, tandis qu'ici tout le gros intestin était obstrué.

## MOTS DE LA FIN

Conversation surprise entre sénateurs :

— Où achetez-vous donc vos dents ?

— Chez X...

— Elles ont l'air très bien conditionnées.

— En effet, elles jouent admirablement bien la nature. Elles jouent tellement bien la nature que quelquefois elles vous font mal.

(Lyon Médical).

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

#### SOUTENANCES DE THÈSES

M. F.-W.-J. CADART, de Blessy (Pas-de-Calais), a soutenu, avec succès, le mardi 25 novembre 1902, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 105), intitulée : **Des tumeurs lipomateuses rétropéritonéales.**

— M. C.-L.-F. COUVREUR, de Roubaix (Nord), a soutenu, avec succès, le mardi 25 novembre, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 104), intitulée : **Les hémorragies des kystes de l'ovaire.**

— M. A.-V.-L.-A. DELANNOY, de Roubaix (Nord), a soutenu, avec succès, le samedi 29 novembre, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 107), intitulée : **Main bote et syphilis ; étude clinique et critique.**

— M. E.-E. FEBVRE, de Falaise (Calvados), a soutenu, avec succès, le vendredi 28 novembre, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 108), intitulée : **Des souffles en écharpe mitro-aortique et aortico-mitral.**

— M. L.-A.-J. PÉTILLON, d'Estaires (Nord), a soutenu, avec succès, le vendredi 28 novembre, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 110), intitulée : **Des exanthèmes consécutifs aux angines aiguës non diphthériques.**

— M. H.-C.-J. BRASSART, interne des hôpitaux de Lille, aide-préparateur de thérapeutique, lauréat (ter) de la faculté, de

Mont-Bernenchon (Pas-de-Calais), a soutenu, avec succès, le samedi 29 novembre sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 109), intitulée : **Les accidents méningitiques au cours des infections gastro-intestinales de l'enfance.**

— M. L.-J.-B.-J. LEROUGE, de Tourcoing (Nord), a soutenu, avec succès, le samedi 29 novembre, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 106), intitulée : **La pratique du tubage en clientèle privée.**

— M. A.-E.-N.-J. CURMER, externe des hôpitaux de Paris (Seine), a soutenu, avec succès, le samedi 29 novembre, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 115), intitulée : **Contribution à l'étude de l'hystéropexie et de ses procédés opératoires.**

### UNIVERSITÉS DE PROVINCE

**Bordeaux.** — Ont été nommés, après concours, chef de clinique médicale, M. le docteur P. LAFFARGUE ; chef de clinique ophtalmologique, M. le docteur Ed. AUBARET.

**Alger.** — M. le docteur CANGE est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de chirurgie ; M. le docteur SCHERB est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de médecine.

**Besançon.** — M. le docteur MALDINEY, est chargé d'un cours de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

**Reims.** — M. le docteur GRAIR est chargé, pour l'année scolaire 1902-1903, des fonctions de chef des travaux cliniques (pharmacie) à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

### Notre Carnet

M. le docteur MOUTON, de Maroilles (Nord), nous fait part de la naissance de sa fille MADELEINE.

M. le docteur MARIAU, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe au 120<sup>e</sup> d'infanterie à Péronne (Somme), nous fait part de la naissance de son fils PHILIPPE.

Nous adressons à nos deux excellents confrères nos meilleurs souhaits pour les mères et les enfants.

### Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs NADAUD, de Saint-Barthélemy-de-Bellegarde (Dordogne) ; MABBOUX, de Contrexéville (Vosges).

Pierre VACHER, interne des hôpitaux de Lyon.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES.** — L'émulsion **Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration. De 3 à 6 cuillerées à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.

D<sup>r</sup> Ferrand. — *Trait. de méd.*

### RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX NEUROSINE PRUNIER

(Phospho-Glycerate de Chaux pur)

### Statistique de l'Office sanitaire de Lille

46<sup>e</sup> et 47<sup>e</sup> SEMAINE, DU 9 AU 22 NOVEMBRE 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .	16	9
3 mois à un an . . . . .	12	5
1 an à 2 ans . . . . .	14	3
2 à 5 ans . . . . .	5	5
5 à 10 ans . . . . .	6	9
10 à 20 ans . . . . .	4	3
20 à 40 ans . . . . .	18	21
40 à 60 ans . . . . .	23	13
60 à 80 ans . . . . .	15	20
80 ans et au-dessus . . . . .	1	11
Total . . . . .	114	101

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS	MASSANCES par quartier	13	13	22	35	39	22	26	30	15	33	8	21
TOTAL des DÉCÈS		13	21	21	35	45	14	30	26	10	19	2	21
Autres causes de décès		4	6	5	9	4	16	12	6	11	1	3	77
Homicide		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide		»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Accident		»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	4
Autres tuberculeuses		»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Méningite tuberculeuse		»	3	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3
Phtisie pulmonaire		3	2	2	1	1	3	2	1	2	2	2	10
Diarrhée et dysentrie		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
plus de 5 ans		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
de 5 à 10 ans		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
moins de 5 ans		2	2	3	2	»	»	1	1	1	1	1	12
Maladies organiques du cœur		1	»	1	1	1	1	»	»	»	1	1	5
Maladies organiques et pneumonie		»	1	4	1	»	3	1	1	2	1	1	14
Bronchite		»	1	1	»	»	»	1	1	»	»	1	4
Apoplexie cérébrale		»	1	2	»	»	»	1	1	»	1	1	5
Autres		»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1
Cogueluche		»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	2
Grippe et diphtérie		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde		»	»	»	1	1	3	1	»	»	»	»	»
Scarlatine		»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole		»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Varicelle		3	6	6	29	6	3	6	»	»	»	»	»

Répartition des décès par quartier

Hôtel-de-ville, 19,892 hab.  
Gare et St Sauveur, 27,670 h.  
Moulins, 24,947 hab.  
Wazemmes, 36,782 hab.  
Vauban, 20,381 hab.  
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.  
Esquermes, 11,381 hab.  
Saint-Maurice, 11,212 hab.

# L'ECHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT  
5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT  
pour les ÉTUDIANTS  
3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kérayal**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes, membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : **MM. les Docteurs :**

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux. **POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX :** Occlusion intestinale, par M. le professeur **H. Folet**. — Indications et résultats de la néphrectomie, par **M. V. Carlier**, professeur à la Faculté de Médecine de Lille. — **CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES :** Bronchites aiguës de l'enfance, par M. le professeur **E. Ausset**. — Société centrale de médecine du département du Nord : Séance du 28 novembre 1902. — **ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES.** — **NOUVELLES ET INFORMATIONS.**

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur

#### Occlusion intestinale par entéro-spasme

par M. le professeur **H. Folet**

MESSIEURS,

Vous venez d'avoir sous les yeux un homme qui a présenté de l'occlusion intestinale, à début brusque mais à forme subaiguë, ce qui nous a permis de temporiser et d'assister, sous l'influence d'un traitement médical très simple, à la disparition spontanée des symptômes alarmants. Et de l'évolution clinique des faits nous avons pu induire la nature hystérique de la maladie.

Voici d'abord l'observation détaillée recueillie avec soin par **M. TRAMPONT**, interne du service.

**L...**, Benjamin, 33 ans, tapissier, entré dans le service le 28 janvier 1902. Homme d'aspect assez chétif, maigre. A eu 13 frères et sœurs dont 7 sont morts en bas âge de

maladies assez indéterminées, mais où le bacille paraît avoir eu large part. C'est un émotif, très facile aux larmes. Insensibilité du pharynx au contact. Hystérie légère.

Habituellement très constipé. Il était souvent deux, trois jours, quelquefois presque une semaine, sans aller à la selle.

Le 25 janvier, dans l'après-midi, a ressenti dans le ventre des douleurs d'abord faibles qui ont été en augmentant. Rentré chez lui il a vomi des restes des aliments du déjeuner et du thé pris dans l'après-midi.

Le lendemain matin 26 janvier, les douleurs qui ont persisté et augmenté, ont pris l'apparence d'une barre très pénible dans le ventre et dans les reins. Son médecin, **M. le Dr DERODE**, le voit dans la matinée et lui prescrit du sulfate de magnésie et des compresses laudanisées sur l'abdomen. Le purgatif n'amena pas de selles et les douleurs ne cessèrent point, au contraire.

Le 27 janvier, administration d'eau-de-vie allemande et compresses froides sur le ventre ; ce qui n'amena pas davantage l'évacuation de selles ni de gaz. Les douleurs persistent et s'accompagnent de quelques vomissements. Le toucher rectal avait été fait et n'avait rien révélé d'anormal.

Le 28 janvier, **M. le professeur FOLET** voit le malade avec **M. le docteur DERODE**. Ventre très sensible au toucher ; partout mais spécialement vers le point de **MAC-BURNEY**. Tympanisme évident, mais pas très considérable. Température à 37.3. Pouls 90. Devant ces symptômes d'occlusion subaiguë et en prévision d'une opération nécessaire, on conseille au malade d'entrer à Saint-Sauveur. Il y entre dans l'après-midi. Glace sur le ventre : deux injections de morphine, l'une vers deux heures, l'autre le soir.

Le 29 janvier, à la visite, on nous dit qu'à trois heures du matin le malade a eu spontanément une selle purement liquide, jaune sale, pas très fétide, sans grumeaux, ni morceaux solides. Il a encore vomi. Les douleurs abdominales ont un peu moins intenses, mais encore vives ; elles ne sont pas localisées et occupent tout le ventre. Tympanisme persistant, mais non augmenté. Température et pouls toujours les mêmes : 37-2 86.

Le soir, 36-6, pouls 80. Le malade se trouve assez bien,

sauf les douleurs abdominales persistantes, un peu moins fortes cependant. On continue la morphine et la glace.

Dans la nuit, émission de quelques gaz. N'a plus eu de vomissement ni de nausées; mais pas de selle. Température le 30 au matin, 36° 5. Pouls 80. Les douleurs sont moins intenses et plus espacées; il est parfois une heure sans douleur. Le ballonnement existe encore, mais moindre. Le malade demande à manger: un potage, un œuf à la coque. Le soir, température 37; morphine, glace.

Le 31 au matin, température, 37. Pouls, 76. Le malade prend 25 grammes d'huile de ricin. Dans l'après-midi la débacle commence et de trois à huit heures du soir, il a sept selles; d'abord de matières dures et dont l'évacuation est fort pénible, puis de grumeaux délayés. Emission de beaucoup de gaz en même temps.

Le 1<sup>er</sup> février le malade se déclare très bien. Les douleurs ont cessé, sauf quelques coliques très légères et très espacées. Plus de vomissements ni de nausées. Ventre souple et plat. Température et pouls toujours normaux.

Sort le 4 février (1).

Quelques faits capitaux caractérisent la symptomatologie de cette observation: Début brusque; douleurs excessives; occlusion incomplète et subaiguë; athermie et pouls normal.

J'ai tout d'abord songé à l'appendicite; on y songe toujours maintenant. Le point classique existait et l'appendicite affecte volontiers la physionomie de l'occlusion. Mais de l'appendicite avec 37° et pouls à 80.....

Invagination? L'occlusion y est souvent incomplète; mais l'invagination s'observe surtout chez les jeunes sujets; de plus le signe capital des selles muco-sanguinolentes manquait.

Volvulus, torsion en masse ou torsion partielle; coudure, par rétraction du ligament phréno-colique gauche par exemple; étranglement par très petites brides en ficelles sillonnant et barrant la fin du colon transverse (QUENU, WALTHER) ou bien par hernies internes, rétro-duodénales, intersigmoïde, etc.? Dans ces variétés, l'occlusion est généralement complète et à marche aiguë, intense.

Les antécédents écartaient l'hypothèse d'une compression large par une tumeur intra-abdominale, ou d'une obstruction lente par néoplasme de l'intestin; ou encore d'un étranglement par vieilles lésions de péritonite tuberculeuse à forme plastique.

La marche des accidents, l'athermie, les stigmates d'hystérie constatés chez le sujet, m'induisaient à soupçonner qu'il n'y avait pas là d'obstacle mécanique, mais des troubles névropathiques de la musculature intestinale; une sorte d'occlusion hystérique.

La pathogénie de ces symptômes d'occlusion liés à un trouble de fonctionnement des muscles de l'intestin peut reconnaître deux modes différents et même opposés.

Le premier mode est la paralysie des fibres musculaires. L'intestin se laisse souffler à l'excès par les gaz; et les replis

de la masse intestinale distendue, cherchant de la place pour leur énorme augmentation de volume, glissent les uns sur les autres, se ployant et se tordant en sens divers. Les coudes brusques, les plicatures angulaires qui se forment ainsi peuvent diviser le tube digestif en un grand nombre de segments cessant d'être en communication les uns avec les autres, de façon à ce que les gaz ou les liquides restent emprisonnés dans l'anse qui les renferme sans pouvoir passer dans l'anse voisine. Si, sur un cadavre présentant cette hypertension, vous piquez une anse gonflée avec un trocart moyen, l'anse piquée se vide, mais se vide seule. Les voisines ne subissent de cette évacuation d'autre effet que de s'épanouir à la place de l'anse vidée, la communication de l'une à l'autre étant interrompue au niveau de la plicature de chacune d'elles. C'est cette pathogénie qui est invoquée dans toutes les péritonites aiguës, l'invasion rapide de la phlegmasie séreuse ayant pour résultat immédiat la sidération des fibres lisses sous-jacentes; et aussi dans les pseudo-étranglements des vieillards dont l'intestin subit des altérations séniles bien décrites par THIBIERGE: chez eux la musculature de l'intestin s'atrophie, en même temps que s'atrophient également les glandes de la muqueuse qui ne sécrètent presque plus; si bien que l'intestin devient un tube mince, inerte et sec, très exposé à la distension. Et la paralysie se combine alors avec l'obstruction fécale, ces deux facteurs réagissant l'un sur l'autre par une sorte de cercle vicieux.

Dans notre cas le tympanisme modéré, à l'inverse du ballonnement énorme qui accompagne la paralysie, nous portait à croire à un autre processus, moins fréquent, mais qui n'est peut-être pas aussi rare qu'on le croit.

Pourquoi l'intestin, tube creux musculaire, ne se contracterait-il pas tétaniquement comme les autres organes analogues? Il y a de l'œsophagisme, du vaginisme; pourquoi n'y aurait-il point de l'entérisme, ou, comme on l'a encore appelé, de l'entéro-spasme? GUINARD a naguère nié ces pseudo-étranglements spasmodiques: « c'est de la physiologie; ce n'est pas de la clinique », écrit-il dédaigneusement (1). Pourtant HEIDENHAIN (de Worms) a constaté, au cours de trois opérations, de l'entéro-spasme compliquant un volvulus, un étranglement interne, une obstruction par des ascarides. Dans un autre cas il existait une contraction spasmodique ou tonique d'un segment limité de l'intestin. ISRAËL et KORTE ont observé des faits analogues. Ce dernier, dans un cas d'occlusion intestinale, trouva un calcul biliaire manifestement trop petit pour oblitérer à lui seul l'intestin, mais la paroi était spasmodiquement contractée sur lui. Il est probable qu'il faut faire rentrer aussi dans le cadre de ces occlusions intestinales d'origine fonctionnelle les iléus observés à la

(1) J'ai revu le malade six mois après. Il va bien, grâce à un régime préventif de la constipation.

(1) Traité de chir. LE DENTU-DELBET, t. VII, p. 523.

suite d'une torsion d'un pédicule de tumeur ovarique ou d'une ectopie testiculaire (1).

J'ai moi-même constaté un fois de risu un entéro-spasme chez une malade chez qui je pratiquai une laparotomie pour des vomissements incoercibles qui étaient de nature hystérique (2). En déroulant l'intestin grêle sur les doigts sans l'éviscérer, afin de m'assurer qu'il n'y avait pas d'obstacle en quelque endroit, un curieux phénomène se produisit sous mes yeux : De temps en temps, sur la portion d'intestin dévidée entre les doigts, apparaissait une forte contraction des fibres circulaires qui donnait au tube intestinal l'aspect et le contact d'un cylindre de consistance ferme ayant la grosseur d'un doigt d'enfant. Cela durait un instant puis cette contraction cessait et l'intestin reprenait ses dimensions normales, peu à peu, à la façon d'une onde, d'un mouvement vermiculaire qui se propage. Quelques décimètres plus loin le phénomène se reproduisait.

N'est il pas rationnel d'interpréter le fait que nous étudions aujourd'hui comme ceci : chez un hystérique constipé, l'intestin se convulse sur un bol fécal dur, (comme le canal cholédoque ou l'uretère sur un calcul), spasme douloureux quand l'entérisme se produit sur le gros intestin dont la contracture est beaucoup plus douloureuse que celle du grêle (Le mot *colique* vient de *colon*.) Derrière l'obstacle ballonnement, mais pas excessif. Arrive un relâchement momentané sous l'action de la morphine et de la glace; les liquides accumulés au-dessus du point contracturé, surtout s'il y a eu hypersécrétion de liquides intestinaux de par les drastiques administrés, ces liquides passent, avec des gaz, entre le bol fécal et la paroi et s'éliminent au dehors. Puis désagrégation et évacuation du bol sous l'influence d'un purgatif doux. Et tout rentre dans l'ordre (3).

Tout rentre dans l'ordre... momentanément. Mais ces crises de tétanisme intestinal ne peuvent-elles occasionner des lésions durables, dont l'évolution sera susceptible d'amener plus tard des strictures matérielles? Je m'explique :

GLÉNARD a décrit, THIRIAR et CHAPUT ont constaté, au cours de laparotomies, des atrésies du colon descendant et de l'anse sigmoïde; l'S iliaque étant réduite sur une longueur de plusieurs centimètres au volume du petit doigt et au calibre d'un crayon. Cette sténose, non cancéreuse, est due à un travail de densification rétractile des parois qui, en se sclérosant et en revenant sur elles-mêmes, effacent graduellement la lumière du conduit. Elle peut reconnaître comme cause, ainsi que l'admettait POTAIN,

(1) 26<sup>e</sup> Congrès allemand de chirurgie. *Revue de chirurgie*, 1898, p. 162.

(2) *Echo médical du Nord*, 10 décembre 1899.

(3) M. le professeur DUBOIS, dans une clinique toute récente, attribue un processus presque identique à une crise d'occlusion intestinale dont il a été témoin. (Voir *Presse médicale* du 26 novembre 1902.)

la colite interstitielle muco-memb pendant de longues années, épaissit les tuniques du colon. Mais il est des fois en particulier un rétrécissement ar génie ne peut être rapportée à diffuse. J'en ai naguère observé un c

Femme de cinquante-cinq ans, ay crises de constipation opiniâtre, douleurs, que ne soulageaient en rigiques, mais qui cédaient à des lax: après deux jours de repos au lit e jour crise beaucoup plus grave; vé symptômes menaçants. Opération durant et faite enfin *in extremis*.

A l'union du colon descendant av sement annulaire au-dessus duquel et au dessous, flasque. Le rétrécis très étroit. Que l'on imagine le côlc possible par une ficelle, et que l' ficelle une fois enlevée, les parties la striction leur a donnée, l'on aura anatomique en sablier que j'avais s apparence d'induration, d'épaississe tinales ni au niveau du rétrécisseme L'anneau stricturant lui-même, qui 3 millimètres de hauteur, paraît cor seur totale des tuniques du colon fibreuse, comme aponévrotique.

Ayant fendu l'anse intestinale fi me rendre compte par le dedans, et cisement qui ne dépassait guère dents, et de l'aspect de l'anneau qui du tissu cicatriciel, humide, sans sans fongosités végétantes ni ulcère

Le malade ayant succombé, l'autop ment interdite par la famille; m d'examen microscopique, j'estime q certaine la nature non cancéreuse d ancienne à laquelle remontaient le l'aspect macrographique de l'annea par le dedans de l'intestin aussi b tout démontre que la sténose n'était p Le rétrécissement était d'aspect abai

Qu'est-ce qui a pu produire là ur reliquat d'une ulcération circulaire lement ramené à l'idée de l'entéro-s coprostase? Normalement les matiè molles et pâteuses dans le colon et solide que dans le rectum. Cepen habituellement constipés, le durc haut. Des calculs intestinaux peuve le colon, dans le cœcum (typhloiti) qu'il existe de calculs, on observe da sujets sédentaires des agglomérat pelotons stercoraux irréguliers et d agglomérats, le colon descendant c hyperstimulé par une influence c (drastique), se contracte énergique quatre heures, voilà un sphacèle ar muqueuse comprimée. Plus tard

désagrège et s'élimine; l'escarre tombe; la plaie intestinale se cicatrise; la cicatrice se rétracte lentement et le rétrécissement inodulaire se constitue peu à peu; cause future d'occlusion grave et même mortelle.

Toute cette évolution de l'entéro-spasme, qu'elle soit une convulsion passagère ne laissant aucune trace après elle, ou qu'elle entraîne une nécrose partielle des parois intestinales génératrice d'atrésies ultérieures; cette évolution s'effectue sans hyperthermie. C'est là un facteur capital du diagnostic, lequel d'ailleurs ne se fait pas sur des signes absolument précis et pathognomoniques, mais par l'interprétation sagace de l'ensemble des symptômes et par l'élimination des autres hypothèses possibles.

Au point de vue du traitement, tant que la gravité des accidents ne vous force pas à intervenir opératoirement, tant que vous vous en tenez encore au traitement médical, souvenez-vous, messieurs, que les purgatifs violents, augmentant le spasme, font beaucoup plus de mal que de bien. Commencez par calmer les phénomènes convulsifs et douloureux par les applications locales de glace, l'opium à l'intérieur ou les injections de morphine, si les vomissements vous empêchent d'administrer l'opium qui est peut-être préférable à la morphine parce qu'il est plus sédatif du staltisme intestinal. Ensuite, administration de laxatifs doux, tels que l'huile de ricin à petites doses répétées. Que la stricture intestinale soit passagère et due à un anneau musculaire convulsé, ou permanente et due à un rétrécissement cicatriciel, le calme musculaire de l'intestin, joint à la liquidité ou à la mollesse des selles, permettra le passage très lent de matières malléables ou de fragments désagrégés à travers le petit orifice. Au contraire tout ce qui provoque de fortes contractions intestinales, les purgatifs drastiques par exemple, amène ou augmente l'obstruction. Les amas stercoraux étant bousculés et tassés par les convulsions intestinales contre un défilé étroit, rien ne peut franchir le rétrécissement. Permettez-moi une comparaison qui vous semblera saugrenue mais qui au fond est juste: il se passe là ce qui se passe aux portes d'un théâtre incendié, lequel normalement se vide en cinq minutes, mais d'où personne ne peut sortir quand la foule, prise de panique, s'écrase à toutes les issues.

### Indications et résultats de la néphrectomie

Par V. Carlier, professeur à la Faculté de médecine de Lille (1).

Des douze néphrectomies que j'ai eu l'occasion de pratiquer, neuf ont trait à la tuberculose; les trois autres concernent deux hydronéphroses et une pyonéphrose. Si je n'apporte pas de statistique d'opérations pour tumeurs malignes du rein, c'est que, jusqu'en

(1) Communication à l'Association française d'Urologie (Résumée).

1899, mes lectures et les faits que j'avais personnellement observés, m'avaient laissé cette conviction que les malades atteints de tumeurs du rein ne retireraient aucun bénéfice de l'intervention chirurgicale. D'ailleurs, cette opinion eut cours pendant quelques temps à l'hôpital NECKER où je l'avais, à diverses reprises, entendu émettre par mon vénéré maître, le professeur GUYON. Depuis lors, les publications d'ISRAEL, de BERLIN, et l'apparition de la remarquable thèse de M. HERESCO ont modifié mon jugement, du moins en ce qui concerne le cancer du rein observé à son début. Mais comme, depuis trois ans, je n'ai observé que deux cancers du rein, tous les deux inopérables, je n'ai pas d'opinion personnelle à émettre sur cette importante question.

J'aurai surtout en vue, dans cette communication, ce qui a trait à la tuberculose du rein.

Ce sont les cas de tuberculose primitive du rein qui m'ont fourni les plus beaux résultats immédiats et consécutifs. Cela tient à ce que la vessie, le plus souvent alors tolérante, accepte presque toujours tous les modes d'investigations qui nous renseignent sur la valeur du rein opposé. La cystoscopie, le cathétérisme de l'uretère, la division des urines sont la plupart du temps applicables dans ces cas, ce qui permet de formuler une appréciation très précise du fonctionnement du rein supposé sain.

Les cas de tuberculose rénale ascendante sont moins favorables. Ici la vessie, malade depuis longtemps, se refuse à tout examen cystoscopique. On ne dispose plus alors, comme moyen d'enquête, que de l'analyse chimique des urines et surtout de l'épreuve du bleu de méthylène. J'accorde à cette dernière toute l'importance qu'elle mérite, elle peut cependant induire en erreur, et je lui attribue le seul décès opératoire que j'ai eu sur les douze néphrectomies que j'ai pratiquées.

Il s'agissait dans ce cas d'un homme de trente-deux ans, atteint d'une pyélo-néphrite tuberculeuse du rein droit.

L'épreuve du bleu avait donné un résultat qui semblait favorable: le bleu était vite apparu dans les urines avec son maximum d'intensité deux heures après l'injection, mais son élimination s'était faite très rapidement en l'espace de dix-huit heures. Cet homme mourut d'anurie au troisième jour de l'opération. A l'autopsie, je trouvai un rein gauche atteint de grosses lésions de dégénérescence amyloïde. Ce fait prouve



que, si l'apparition du bleu dans les urines, dans les délais voulus, a son importance, la *trop grande rapidité* de son élimination a aussi son intérêt.

L'analyse chimique des urines est intéressante en ce qui concerne l'urée et les chlorures. Le chirurgien aime à constater dans les urines d'un malade qu'il se propose de néphrectomiser une quantité d'urée qui ne soit pas trop au-dessous de la normale. En consultant mes observations personnelles et celles d'autres auteurs, je me crois cependant autorisé à ne pas attacher une trop grande importance à la diminution du taux quotidien de l'urée, à moins qu'il n'atteigne pas 8 ou 10 grammes par vingt-quatre heures. Souvent, en effet, cette faible proportion d'urée est sous la dépendance d'un réflexe réno-rénal d'autant mieux accusé que le rein en cause est plus sérieusement atteint. Cette hypoazoturie cesse avec l'extirpation du rein malade, et chez deux de mes opérés, la proportion d'urée a doublé dans les trois mois qui ont suivi l'opération.

En ce qui concerne les chlorures, je me méfie des malades dont les urines ne renferment que des doses minimales de chlorures. D'autre part, un fait récent me fait penser qu'on doit également se montrer très réservé dans son pronostic chez les tuberculeux rénaux qui ont des urines hyperchloruriques. J'ai opéré, en novembre 1901, un jeune homme de 18 ans, qui éliminait par vingt-quatre heures trois litres d'urine, avec une proportion quotidienne de 27 grammes d'urée et 22 gr. 80 de chlorures. Ce malade a guéri de sa néphrectomie, mais il est mort dans les trois mois suivants de généralisation de sa tuberculose.

Sur ces neuf néphrectomies pour tuberculose rénale, une seule a été faite secondairement à une néphrotomie. Les difficultés opératoires que j'ai rencontrées dans ce cas, mises en regard de la facilité habituelle de la néphrectomie d'emblée, constituent pour moi un argument sérieux pour ne recourir qu'exceptionnellement à la néphrectomie secondaire dans la tuberculose rénale, lorsqu'on a des raisons suffisantes de croire à l'intégrité ou la quasi-intégrité du rein opposé. Je dis quasi-intégrité, car il est des cas où un malade peut bénéficier d'une néphrectomie, alors même que le rein qu'on doit laisser n'est pas tout à fait sain. J'ai tout récemment enlevé le rein gauche à une petite fille âgée de cinq ans, et qui dépérissait à vue d'œil. Tourmentée par des envies incessantes d'uriner, minée par la fièvre, ne mangeant

plus, cette enfant était dans un état lamentable. En raison de l'état de la vessie qui interdisait l'examen cystoscopique et toute tentative de division des urines, je ne pus m'en rapporter qu'à l'épreuve du bleu de méthylène. Celle-ci me donna d'ailleurs des résultats satisfaisants et de nature à faire croire à un fonctionnement suffisant du rein droit. Or, l'ablation du rein malade a modifié profondément l'état général de cette fillette, et cependant ses urines contiennent en ce moment un peu de sang, ce qui permet de supposer que les lésions, dans ce cas, étaient bilatérales. Mais, il est à présumer que les lésions du rein que j'ai laissées sont minimales et seront probablement curables par un traitement que l'enfant n'aurait pu suivre avant sa néphrectomie.

*Résultats de la néphrectomie.* — Les résultats les meilleurs sont fournis par les cas de tuberculose d'origine sanguine. La modification de l'état général est parfois remarquable. Une de mes opérées, grande fille de 20 ans, a engraisé de six kilos en cinq semaines.

Deux ordres de faits me paraissent démontrer qu'après la néphrectomie le rein sain reprend son fonctionnement intégral, par suppression du réflexe réno-rénal. J'ai dit plus haut que les urines sont souvent beaucoup plus riches en urée après qu'avant l'opération. D'autre part, l'organisme supporte certaines médications qu'il ne tolérât pas avant la néphrectomie. Témoin ce malade, âgé de 30 ans, qui contracta la syphilis au cours d'une tuberculose ulcéro-caséuse du rein droit. Tout essai de médication mercurielle sous forme quelconque fut mal supporté et s'accompagna de stomatite jusqu'au jour où je néphrectomisai ce malade. Trois semaines après l'opération, cet homme était soumis à nouveau au traitement mercuriel, qui fut dès lors très bien toléré.

J'ai opéré, en juillet 1902, une malade dont les accidents rénaux remontaient à une époque déjà éloignée.

Les suites opératoires de la néphrectomie furent très simples, mais au cours de sa convalescence, cette malade fut contagionnée par une de ses parentes venue d'une localité où régnait la scarlatine et contracta cette maladie dont nous connaissons tous la néfaste influence sur les glandes rénales. Or, ma malade supporta très bien sa scarlatine, elle desquama sérieusement, et cependant c'est à peine si, vers la



troisième semaine, les urines renfermèrent de l'albumine.

Ces quelques considérations n'ont nullement pour but de démontrer l'utilité de la néphrectomie dans la tuberculose rénale, car c'est là aujourd'hui un fait acquis, mais elles me font partager l'opinion émise par TUFFIER, POUSSON et ALBARRAN, que le traitement chirurgical de la tuberculose du rein doit être plutôt hâtif, et qu'il est inutile, par une expectation trop longtemps prolongée, de laisser s'aggraver des lésions dont la guérison, sinon impossible, est tout au moins exceptionnelle, et qui gênent, par leur présence, le bon fonctionnement de l'autre rein.

## Consultations Médico-Chirurgicales

### Bronchites aiguës de l'enfance

Professeur E. AUSSET.

**INFORMATIONS CLINIQUES.** — 1<sup>o</sup> Un enfant atteint, depuis quelques jours, d'un rhume vulgaire, de coryza avec un peu de trachéo-bronchite, présente un matin une respiration plus fréquente, dyspnéique même, s'il est très jeune et si les mucosités sont abondantes dans ses bronches. La toux est profonde, fréquente, grasse : la fièvre, oscillant aux environs de 38°. La sonorité thoracique est normale. A l'auscultation on entend des râles ronflants et sibilants qui disparaissent ou s'atténuent quand une quinte de toux a vidé l'arbre bronchique. Cet enfant est atteint de *bronchite superficielle* limitée aux grosses bronches intra-pulmonaires.

2<sup>o</sup> Voici un autre enfant dont la température atteint et dépasse 39°. La toux est très pénible, violente, se reproduisant fréquemment par des quintes, brassant des mucosités qui ont de la peine à se mobiliser. Ce malade est dyspnéique, tousse au moindre mouvement, et à distance on entend des rhonchus, que la main sent vibrer sur le thorax. A l'auscultation, outre les râles ronflants et sibilants, on entend des râles à grosses bulles humides, que la toux mobilise mais qui n'éclatent pas en bouffée. Cet enfant est atteint de *bronchite diffuse profonde*, bronchite des bronches interlobulaires, forme toujours grave qui peut, d'un instant à l'autre, se capillariser et tourner à la broncho-pneumonie.

3<sup>o</sup> Ce même enfant, dont la bronchite suivait un cours normal et régulier, est pris brusquement d'une dyspnée intense ; la température monte et dépasse même 40°. D'un ou des deux côtés, on constate une

submatité très nette avec des râles crépitants sur un espace de quelques centimètres carrés ; la respiration est devenue soufflante. On prononce le mot de broncho-pneumonie, lorsque le lendemain ou deux jours après on ne trouve plus rien que la bronchite antérieure. C'est la forme congestive de la bronchite aiguë, la *bronchite aiguë avec congestion* de Cadet de Gassicourt.

**INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES.** — Très fréquentes chez les enfants, les bronchites aiguës, tout en étant influencées par les saisons et les conditions climatiques, sont dues à des micro-organismes divers, infectant l'arbre bronchique, soit à l'occasion d'une maladie quelconque (rougeole, coqueluche, grippe, etc.), soit par infection descendante depuis les premières voies respiratoires ; tels, un coryza, une laryngite qui peuvent se compliquer de bronchite.

α) Le plus souvent, ce sont les microbes habituels de la bouche et du nez qui causent les bronchites. Aussi, la première indication au cours de toute maladie infectieuse sera-t-elle de désinfecter ces premières voies.

Les bronchites aiguës une fois installées, la même indication subsiste, car il faut empêcher une bronchite superficielle de devenir diffuse, et une bronchite diffuse de tourner à la broncho-pneumonie. La muqueuse bronchique sécrète abondamment ; cette sécrétion est activée par la toux qui congestionne la muqueuse : il faudra donc calmer la toux.

β) Les voies respiratoires, si étroites chez l'enfant, s'encombrent rapidement ; on devra agir sur les sécrétions bronchiques.

L'inflammation bronchique menace de s'étendre au lobule pulmonaire ; il y a indication à s'opposer à cette extension par la dérivation et la révulsion.

Plus l'enfant est jeune, plus son état général est atteint par une bronchite même légère ; il faudra donc soutenir les forces, veiller au bon fonctionnement des voies digestives.

**TRAITEMENT.** — De par la pathogénie et la clinique, la bronchite aiguë de l'enfance appelle un traitement curatif et une hygiène prophylactique.

**TRAITEMENT CURATIF.** — C'est durant toutes les maladies, ou bien lors de la survenue de tel ou tel symptôme les dévoilant, que les indications suivantes doivent être remplies.

1<sup>o</sup> *Désinfection des premières voies.* — Qu'il s'agisse de la forme superficielle ou de la bronchite diffuse profonde, on fera l'antisepsie de la bouche et du nez. Dans ce but, l'**instillation mentholée** sera préférée ; matin et soir, on versera dans chaque narine une cuillerée à café de la solution suivante :

{ Huile de vaseline stérilisée....	100 grammes
{ Menthol .....	1 gramme

Chez les enfants déjà grands et suffisamment dociles, on fera également deux fois par jour une large **irrigation de la bouche** avec de l'eau boriquée à 4 ‰. Chez les plus petits on se contentera de la **pulvérisation** trois ou quatre fois par jour d'eau boriquée, à l'aide d'un pulvérisateur à vapeur, maintenu à 30 centimètres de la bouche de l'enfant pendant cinq minutes.

Cette désinfection aura pour effet d'empêcher le plus souvent les infections secondaires et surtout la capillarisation de la bronchite.

2) *Agir sur la toux et les sécrétions.* — a) S'il s'agit d'une bronchite superficielle il suffira d'administrer un **vomitif** qui, dans ce cas, désobstruera les bronches et apaisera la toux. On prescrira :

{ Sirop d'ipéca .....	30 grammes
{ Poudre d'ipéca .....	0 gr. 30

à prendre par cuillerées à café toutes les dix minutes jusqu'à vomissement; aussitôt que les vomissements ont commencé, donner de l'eau tiède.

On fera suivre ce vomitif, quelques heures après que les vomissements auront cessé, de la potion suivante, qui continuera à faciliter l'expectoration et à calmer la toux :

{ Oxyde blanc d'antimoine.....	0 gr. 30
{ Sirop de codéine.....	20 grammes
{ Looch blanc..... Q. s. pour	120 cc.

à prendre par cuillerées à café dans les 24 heures.

β) Dans le cas de bronchite diffuse profonde, le vomitif est encore indiqué si l'enfant n'est pas trop jeune, si l'état général n'est pas trop atteint. Dans cette forme la congestion bronchique, qui précisément entretient les sécrétions et la toux, est très intense. On s'efforcera donc d'agir sur les vaisseaux et on prescrira des vaso-constricteurs sous la forme suivante :

{ Ergotine.....	0 gr. 75
{ Sirop d'ipéca .....	30 grammes
{ Looch blanc..... Q. s. pour	120 cc.

à prendre par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures. Respecter le sommeil.

3) *Dérivation et révulsion.* — Lorsqu'on se trouve en présence d'une bronchite légère, superficielle, il nous paraît inutile de faire de la révulsion; tout au plus pourra-t-on faire quelques **badigeonnages iodés**.

β) Mais, dans la bronchite diffuse profonde, dont la tendance congestive est des plus manifestes, on devra envelopper les membres inférieurs de **bottes ouatées** recouvertes de taffetas gommé : le thorax sera également enveloppé de ouate. On provoquera ainsi une révulsion cutanée énergique et une sudation des plus salutaires. Cette méthode suffit le plus habituellement, et il n'est pas besoin de recourir aux ventouses sèches, aux cataplasmes sinapisés qui seront réservés pour les cas graves.

Un moyen des plus congestif, c'est la **baignoire** chance de pouvoir t baigner une bronchite lariser. La **balnéation** le meilleur dérivatif 35°-37°, toutes les tr sera de 39° ou au-dès dans ce bain, et pen lait chaud, ou un pe

4) *Soutenir les for* Pour désintoxiquer tous les poisons, on lait, des tisanes cha l'eau.

a) Chez les enfants chique, vu l'étroitesse dement de la fatig attentivement cet or diffusibles, tels que l' à faible dose, les ba constricteurs dont n ront pour une large

β) Chez les nourris monie et rien que dt le cœur peut fléchir aux injections d'hu timètre cube trois fo gène. On n'oubliera diffuse profonde, sur acquérir toute la gr conviendra alors, d. même thérapeutique broncho-pneumonie

**Hygiène et proph** bronchite sera mai bronchite superficiel profonde. La tempér La crainte du refroid renouvellement de l'a

Plus l'enfant sera j moindre infection d trachéite chez un soignée à cause de la

On n'oubliera pas une infection, même l'appeler essentielle, contagieuse. On voit Il faudra donc isoler

(1) Voir consultations direction de M. le profess

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 28 novembre 1902

Présidence de M. DUTILLEUL, président

**Paralysie récurrentielle mortelle chez un enfant atteint de dilatation des bronches et d'adénopathie trachéo-bronchique. — Hypertrophie du thymus.**

M. Brassart présente, au nom de M. Ingelrans et au sien, des pièces anatomiques provenant d'un petit malade décédé dans le service de M. le professeur COMBEMALE. C'était un enfant de quinze ans, chétif et pâle, qui n'était guère plus développé qu'un enfant de dix ans. Dans ses antécédents héréditaires, on ne relevait rien de particulier. Dans ses antécédents personnels, on relevait une rougeole dans l'enfance et un écoulement nasal muco-purulent, qui était survenu ces dernières années et contre lequel un spécialiste avait dirigé un traitement antisypilitique.

A l'examen, le petit malade présentait des troubles considérables de la respiration ; il existait un tirage sus-sternal et épigastrique excessivement prononcé et un cornage trachéo-laryngé, qui s'entendait à distance et attirait l'attention. La voix était très voilée ; il y avait presque de l'aphonie complète. Un troisième symptôme complétait le tableau clinique, c'était une faiblesse assez marquée du pouls radial gauche, qui d'ailleurs était en retard sur le pouls radial droit. M. le professeur GAUDIER, qui examina l'enfant au point de vue laryngé, diagnostiqua une paralysie double des cordes vocales. En possession de ce renseignement et des symptômes cliniques présentés par le petit malade, on fit le diagnostic de paralysie récurrentielle provoquée par une tumeur du médiastin (probablement de l'adénopathie trachéo-bronchique).

L'enfant, qui présentait des accès fréquents de suffocation, eut à un moment donné un accès plus terrible que les précédents, qui l'emporta malgré une trachéotomie faite par l'interne de garde, M. LOUBRY. L'autopsie montra une hypertrophie considérable des ganglions médiastinaux. Tous ces ganglions étaient hypertrophiés, mais le groupe trachéo-bronchique gauche était surtout volumineux. En même temps que cette hypertrophie ganglionnaire, il existait une dilatation bronchique très marquée surtout au poumon gauche. On notait enfin une hypertrophie considérable du thymus qui avait dû ajouter son action à celle de l'adénopathie trachéo-bronchique pour comprimer les récurrents et amener la mort par spasme de la glotte. M. BRASSART fait remarquer en terminant que la paralysie récurrentielle double est assez rare, puisque AVELLIS sur 150 cas a noté 92 fois la paralysie du récurrent gauche, 46 fois la paralysie du récurrent droit et 12 fois seulement la paralysie des deux récurrents.

M. Ingelrans insiste sur l'excessif développement du

thymus chez cet enfant, et sans nier le moins du monde l'influence des ganglions sur les récurrents, il rappelle que SVEHLA et ESCHERICH se demandent si le spasme de la glotte ne dépendrait pas d'un hyperfonctionnement du thymus.

M. Ausset trouve la communication de MM. INGELRANS et BRASSART des plus intéressantes à deux points de vue : la pathogénie de cette dilatation bronchique, et la pathogénie de la mort dans de ce cas.

Si, chez l'adulte, la dilatation des bronches est le plus habituellement la suite de la bronchite chronique, chez l'enfant, cette bronchite chronique peut faire défaut, l'adénopathie est primitive et la dilatation est la suite de la compression. L'adénopathie bronchique, si commune chez l'enfant, a été peu signalée comme cause de dilatation des bronches, et nous n'avons sur ce point que la thèse de DELACOURT et celle de VANBERGER, inspirée par M. AUSSET.

M. AUSSET ne veut pas dire que cette adénopathie soit la cause unique de la dilatation, mais il insiste pour qu'on accorde une part importante à ce mode pathogénique. Les ganglions bronchiques hypertrophiés jouent un rôle analogue à celui joué par les corps étrangers des bronches ; seulement ici c'est la compression extérieure qui remplace l'obstruction intérieure. Le volume des ganglions bronchiques hypertrophiés est souvent considérable et la compression bronchique assez facile à réaliser. A quoi du reste attribuer la dilatation dans le cas relevé par M. BRASSART ? on ne peut invoquer la sclérose pulmonaire environnante, il ne semble pas y en avoir trace. Il n'y avait pas non plus d'adhérences pleurales. En outre, cet enfant n'avait pas de bronchite, jamais il ne crachait, jamais on n'entendait un seul râle, et à l'autopsie on a trouvé les bronches absolument vides. Ce n'est donc pas la bronchite chronique (qui n'existait pas), que l'on doit incriminer ici, et la théorie du bouchon muqueux n'a pas ici sa place. En revanche, il paraît évident que c'est la masse ganglionnaire qui a comprimé l'arbre bronchique, amené une obstruction, un rétrécissement de ce conduit. Pendant les accès de toux que présentait l'enfant, l'air sortait difficilement, et de ce fait, le tissu bronchique subissait une distension énorme. Cette distension répétée et prolongée a produit l'ectasie chronique.

M. SURMONT ne s'explique pas comment la dilatation des bronches peut être créée par l'adénopathie trachéo-bronchique. La bronchectasie est une affection d'origine inflammatoire, qu'une compression est absolument incapable de réaliser.

M. AUSSET. — M. SURMONT a le tort de vouloir assimiler ce qui se passe chez certains enfants à ce que l'on voit habituellement chez l'adulte. Chez ces enfants, comme dans le cas de MM. BRASSART et INGELRANS, il n'y a pas d'inflammation de la muqueuse bronchique, pas la moins

dre trace de bronchite, ce n'est donc pas cette inflammation absente qui a pu causer la bronchectasie.

M. Surmont ne nie pas qu'il puisse y avoir un rapport entre une adénopathie et la bronchectasie. Mais c'est que le processus inflammatoire de l'adénite se propage à la bronche par voisinage : cette bronche, ainsi atteinte de catarrhe chronique, se laissera ensuite dilater, mais seulement au point où l'inflammation a agi.

M. Ausset. — L'hypothèse de M. Surmont est très séduisante ; mais le malheur pour elle c'est qu'il n'y a pas le moindre catarrhe dans toutes ces bronches qu'on vient de nous présenter. Dans les cas analogues qui ont fait l'objet de la thèse de VANHEGGER, on trouvait en revanche des lésions de distension purement mécanique.

M. Surmont dit qu'il ne parle pas de catarrhe chronique généralisé, mais de catarrhe circonscrit au point où l'adénite l'a créé. La bronchectasie est toujours d'origine inflammatoire, ce point est incontestable. Les enfants porteurs d'une dilatation bronchique ont forcément de la bronchite chronique localisée aux régions ectasiées. L'effort d'expiration peut être une cause adjuvante, mais la bronchite est, à coup sûr, prépondérante, c'est universellement admis et indiscuté.

M. Ausset insiste sur ce point que M. Surmont veut, à tort d'après lui, assimiler ce qui se passe chez l'adulte à ces cas particuliers d'ectasie bronchique infantile. Il ne veut pas dire que la bronchite chronique ne puisse pas être souvent à l'origine de la dilatation, il en a assez vu d'exemples ; mais il affirme qu'il est des cas où cette bronchite fait défaut et où l'on ne trouve que l'obstacle mécanique pour expliquer la dilatation. Tel le cas de l'enfant dont M. BRASSART vient de rapporter l'observation.

M. Combemale fait remarquer que, dans le présent cas, il ne s'agit pas de bronchectasie vraie. C'est de la dilatation cylindrique, relevant d'obstacles multiples, siégeant tant sur la grosse bronche qu'au larynx. Cela explique d'ailleurs l'emphysème pulmonaire concomitant.

M. Ausset attire également l'attention sur la façon dont succombent certains enfants atteints d'adénopathie bronchique. Il rappelle la thèse de son élève SAGOR sur la mort subite dans cette affection. Après avoir discuté les divers processus pathogéniques par lesquels la mort subite ou rapide peut survenir dans ces cas, il pense qu'ici la mort a dû survenir par spasme glottique consécutif à la lésion des récurrents.

M. Charmeil invoque la paralysie des muscles de REESSER.

M. Ausset dit que s'il y avait eu bronchoplégie, on aurait trouvé de la congestion pulmonaire.

M. Charmeil pense que cette congestion pouvait faire défaut.

#### Chylurie simulée chez une

M. Surmont montre d'autres urines malades dont il a parlé dans la dernière communication de la graisse ; l'autre es

L'enfant a avoué la supercherie viande et de la graisse pour s'en servir.

M. Ern. Gérard a constaté dans la présence de lait (lactose et caséine). L'absence des hématies : elle se coagule facilement aussi de la myosine.

#### Tumeur de la langue

MM. Gaudier et de Chabert. — Il s'agit d'un enfant de 14 ans, Pauline H..., entrée dans le service de l'hôpital Saint-Sauveur, le 15 mars. L'enfant, d'apparence peu vigoureuse, souffrait de la kératite, dont il reste encore des traces. Elle a fait deux pertes dans les premières années. Les dents sont irrégulièrement implantées, libre échancre en V.

La langue de l'enfant présente à sa base une double tuméfaction partagée en deux, la partie gauche est moins volumineuse que la droite. La tumeur ne dépasse pas en arrière la mandibule.

La surface est complètement irrégulière, formée d'élevures bourgeonnantes, saillant contre les autres, et par places de petites ulcérations flétries.

Même constatation à la face inférieure. On retrouve le sillon déjà décrit. Il n'y a ni fissures, ni rhagades.

La tumeur comprimée de haut en bas est résistante. Au contraire, comprimée latéralement, elle semble totalement disparaître, sauf en bas, sous la forme d'une petite nodosité à la base inférieure de l'organe en bas et à droite.

L'hyperaccroissement de l'organe est dû à l'exagération du nombre des papilles linguales.

En effet, on peut enfoncer la tête d'une épingle dans deux végétations à une profondeur de 2 centimètres, et la faire cheminer dans le sillon de la base des papilles de façon à traverser l'organe en part.

Le début de l'affection remonte à un an, époque à laquelle l'enfant s'est nourri de sa langue. L'accroissement s'est fait d'une manière lente et graduelle, sans provocation, pour atteindre le volume actuel, celui d'un pigeon.

De temps en temps, et assez fréquemment, le repas a été interrompu par des poussées

inflammatoire, avec douleur, difficulté de la parole et de la déglutition, congestion de l'organe.

Jamais la tumeur n'a rétrogradé. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. A part la salivation exagérée, il n'y a aucun symptôme fonctionnel. La parole, la mastication, la déglutition sont très faciles.

M. Charmell montre que cette tumeur est avant tout un papillome. On y rencontre en effet des sillons dans lesquels on peut aisément pénétrer. GAREL a vu soixante à quatre-vingts papillomes buccaux, dont cinq à six au niveau de la langue. Ils furent traités par le curetage et la galvano-cautérisation.

#### Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur d'origine paradentaire

M. Verdun. — La production pathologique que voici, grosse comme une tête de nouveau-né, occupe la moitié droite du corps du maxillaire inférieur ainsi que les tissus avoisinants. Les incisives, la canine et la première prémolaire occupent leur situation normale comme les deux dernières molaires. La deuxième prémolaire et la première molaire sont absentes et c'est à leur niveau que paraît s'être particulièrement développée la production pathologique ; il existait enfin à la partie antérieure, un point d'adhérence avec la peau et un trajet fistuleux s'était développé à ce niveau. Le siège de la tumeur et l'existence de ce conduit fistuleux avaient fait songer à de l'actinomycose. Ce qui semblait confirmer ce diagnostic c'est qu'en incisant certains points de la tumeur et en raclant le tissu on faisait sourdre un liquide épais tenant en suspension des grains jaunâtres ; cependant l'examen microscopique permit de constater que ces grains n'étaient que des amas de granulations graisseuses et qu'il n'y avait pas trace de masses actinomycosiques. Le diagnostic d'actinomycose maxillaire ne pouvait être maintenu.

En ouvrant largement la tumeur dans tous les sens, on tombe sur de grandes poches kystiques, les unes siégeant en plein dans les parties molles, les autres dans le corps même du maxillaire. Celui-ci a pris un aspect boursoufflé et les parois osseuses sont très amincies par places.

Le contenu de ces kystes était de nature diverse ; tantôt il était constitué par un liquide visqueux, filant, jaunâtre, ressemblant à de l'huile ; l'analyse a montré qu'il était formé de mucine ; une goutte d'acide acétique y produisait une coagulation en masse. D'autres cavités étaient remplies par un contenu épais, visqueux, noir rougeâtre, de nature hématique, car au microscope on observait de nombreux globules rouges.

L'hypertrophie du maxillaire ne ressemble en rien à celle de l'actinomycose. Il y a boursoufflement et destruction de l'os. Dans l'actinomycose il y a de l'ostéite hypertrophiante, s'accompagnant d'un processus de nécrose et aboutissant

à la formation d'une masse osseuse d'aspect spongieux.

Le diagnostic d'actinomycose éliminé, il reste l'hypothèse d'une tumeur maligne ou d'une tumeur congénitale. La longue durée (10 ans au moins) même de l'affection permettait d'éliminer d'emblée la première opinion. Restait la seconde, celle d'une origine congénitale. Des fragments de parois kystiques et du tissu d'aspect lardacé et carcinomateux qui occupait la région gingivale ont été prélevés et fixés à l'alcool et au sublimé.

L'examen microscopique de ces diverses parties et particulièrement des morceaux de tissu, met en évidence des formations des plus nettes et des plus intéressantes.

Ce qui frappe d'abord, c'est que l'épithélium de la muqueuse gingivale est sain et que la production pathologique n'a aucun rapport avec lui. Celle-ci s'est développée dans un stroma fibreux abondant. Elle consiste en productions épithéliales se présentant tantôt comme des flots arrondis, tantôt comme des cordons allongés, diversement contournés et anastomosés entre eux. Ces flots ou ces cordons présentent toujours une couche périphérique de cellules cylindriques, analogues à la couche basilaire de l'épiderme. Dans certains flots, l'espace intérieur est comblé par des cellules de nature malpighienne formant un tissu plus ou moins serré. Dans d'autres, on peut voir des cellules étoilées et anastomosées, séparées par des espaces clairs assez réguliers, ces cellules sont identiques aux cellules de l'organe adamantin ou de l'émail.

Ce sont des cellules du type adamantin. On peut encore suivre à l'intérieur de ces cordons ou de ces flots la formation progressive des kystes. En certains endroits on voit un groupe de quelques cellules subir un gonflement : elles deviennent sphériques, granuleuses, puis subissent une sorte de fonte muqueuse. A leur place il se produit donc une petite cavité microscopique, remplie de mucus, autour de laquelle les cellules voisines, qu'elles appartiennent au type adamantin ou au type malpighien, s'aplatissent et se disposent en couches concentriques.

Les cellules les plus internes, subissent à leur tour les mêmes modifications : elles se gonflent et fondent. Le kyste subit ainsi un accroissement centrifuge et la substance muqueuse finit par remplir tout l'ilot ; il ne reste plus à la périphérie que la couche basilaire doublée intérieurement de quelques cellules aplaties. La croissance du kyste ne s'arrête pas pour cela, car les cellules cylindriques prolifèrent activement ; les cavités kystiques, en s'accroissant détruisent les tissus avoisinants et même le tissu osseux. Elles peuvent acquérir, comme dans le cas actuel, de grandes dimensions. La paroi de ces kystes répond parfaitement à l'évolution décrite. On trouve de dehors en dedans : un stroma conjonctif, une couche de cellules cylindriques manquant quelquefois et de cellules

aplaties ou du type adamantin, dont les plus internes sont gonflés et globuleuses.

La présence de cellules du type *adamantin* dans les îlots épithéliaux est un élément de diagnostic de premier ordre et permet d'affirmer l'origine dentaire de la tumeur. C'est une formation qui a pour point de départ la prolifération et l'hypertrophie des débris épithéliaux paradentaires.

Ces débris évoluent d'abord d'après un processus comparable à celui que l'on observe à l'état physiologique pour la formation des dents.

La tumeur répond exactement au type décrit par MALASSEZ, sous le nom de *Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur* (1).

#### Hématome probable de l'orbite

M. Folet. — Voici un homme de 24 ans qui, il y a cinq semaines, a fait une chute sur la tête. Les jours suivants, épistaxis. Actuellement, il s'écoule par les narines du liquide céphalo-rachidien. La racine du nez est élargie, il ne peut plus souffler par les narines. Quinze jours après la chute, est survenue une blépharoptose gauche complète. La pupille se contracte à peine; la vision est presque totalement abolie. A l'ophtalmoscope, on ne constate rien de très particulier.

Ainsi trois semaines après une fracture probable de la base du crâne, paralysie de tous les nerfs de l'œil, etc. Y a-t-il eu hématome à marché lente? c'est difficile à admettre. Pourquoi la protrusion de l'œil, s'il s'agit d'une fracture? L'anévrysme donnerait des battements et un souffle. Est-ce un cal? Ce sont toutes questions à se poser.

M. Dutilleul est d'avis qu'il y a dans l'orbite un épanchement sanguin qui amène la protrusion de l'œil et gêne ses mouvements.

M. Lambret croit au contraire qu'il n'y a rien derrière l'œil. Il pense à un cal au niveau de la fente sphénoïdale. L'exophtalmie peut dépendre d'un trouble sympathique. Il élimine l'hématome, car on aurait des traces extérieures d'hémorragie.

M. Oul se demande aussi comment un caillot aurait pu avoir une action si tardive.

M. Gaudier croit qu'un hématome se serait infecté, puisque l'écoulement du liquide céphalo-rachidien indique une communication avec l'extérieur.

M. Ingelrans est d'avis que la lésion siège au fond de l'orbite, car tout ce qui pénètre dans cette cavité est atteint, et rien d'autre que ce qui y pénètre ne paraît lésé.

M. Dutilleul dit que l'exophtalmie est trop considérable pour être liée à un trouble sympathique.

M. Surmont émet l'hypothèse d'une infiltration œdémateuse par le liquide qui s'écoule en partie au dehors.

(1) MALASSEZ. — *Archives de physiol.*, 1885. Vol. I, p. 309-340 et vol. II, p. 379-449.

M. Folet demande s'il y a lieu de pénétrer dans l'orbite pour y chercher la cause productrice des accidents.

MM. Dutilleul et Palnblan sont d'avis de pratiquer l'opération de KRONLEIN.

#### Prostatectomies périnéales pour hypertrophie de la prostate

M. Carlier présente deux prostates qu'il a enlevées avec succès chez deux prostatiques par la voie périnéale. L'une, très grosse, appartenait à un malade de 60 ans, l'autre, moins forte, a été enlevée à un malade de 65 ans. Ce dernier cas est intéressant en ce sens qu'il existait un lobe médian intravésical de la grosseur d'un fort noyau de pêche qui a pu être extrait intégralement par la section urétrale. Cet homme, aujourd'hui bien guéri, était atteint de rétention complète d'urine et était infecté. Actuellement, il vide entièrement sa vessie et a un jet remarquable pour son âge.

Dans sa première prostatectomie, qui date d'un an, M. CARLIER a eu une déchirure du rectum. Cet accident est arrivé à la plupart des chirurgiens qui ont pratiqué des prostatectomies périnéales. Il tient à ce fait anatomique, connu en France depuis la communication d'HARTMANN à la Société de chirurgie (juillet 1902), de l'existence d'une adhérence solide qui unit le rectum à l'urètre au voisinage de la portion membraneuse du canal. La section du barrefour du sphincter anal et du bulbo caverneux ne suffit pas pour séparer avec les doigts le rectum d'avec la prostate. Après avoir écarté à droite et à gauche les deux releveurs, il faut suivre de très près l'urètre membraneux et couper à petits coups l'adhérence recto-urétrale, le *musculus recto-urethralis* des Allemands. C'est en voulant déchirer avec les doigts cette solide adhérence qu'on s'expose à déchirer le rectum.

L'un des opérés de M. CARLIER, celui au lobe médian, est, en outre, porteur d'une grosse hernie inguinale gauche, mais comme il a 65 ans, que l'anneau inguinal est large au point d'admettre un œuf de poule et que la paroi abdominale semble partout atrophiée, M. CARLIER n'a pas cru devoir procéder à une cure radicale et demande à ce propos l'avis de la Société.

M. Lambret, en ce qui concerne le premier malade, est d'avis de lui accorder la cure radicale, qui n'est pas grave, puisque le sujet est bien portant, et à condition que la paroi du ventre ne soit pas trop flasque. Il est inutile d'employer le procédé de POUILLLET. Le mieux est la vraie suture vivante, en lacet de bottines, applicable à presque tous les cas. C'est le procédé dit de CAZIN-FAURE, avec la modification que M. LAMBRET lui a apportée.

M. Drucbert propose, en cas de paroi abdominale flasque, d'employer, pour la hernie, un procédé semblable à celui décrit par SAPIESCHKO pour les éventrations.

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

**Traité de technique opératoire**, par MM. les docteurs Ch. MONOD, agrégé à la faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux, et J. VANVERTS, chef de clinique à la Faculté de Lille, deux volumes in-8, illustrés de 1.907 figures, Paris, Masson, 1902.

Tout praticien soucieux de se documenter à la veille d'une opération devra désormais s'adresser à l'ouvrage qui viennent de terminer, après plusieurs années de labeur MM. MONOD et VANVERTS.

Les auteurs se sont astreints, pour chaque opération, à décrire aussi clairement et aussi complètement que possible le procédé de choix, sans s'interdire cependant d'indiquer, lorsqu'ils le jugent nécessaire, d'autres moyens d'exécution recommandables pour certains points spéciaux ou s'appliquant à des cas particuliers. L'étude de l'opération proprement dite est de plus, toutes les fois qu'il y a lieu, précédée de l'indication des préliminaires qu'elle nécessite et suivie d'une revue rapide des principaux accidents qui peuvent l'accompagner et des moyens d'y remédier. L'exposé des soins immédiats et consécutifs qu'il convient de donner à l'opéré est également indiqué. Ainsi est parcouru tout le cycle opératoire, considéré à un point de vue essentiellement pratique, qui fait de cet ouvrage tout l'intérêt et toute la nouveauté. De nombreuses figures intercalées dans le texte en facilitent du reste la compréhension.

Le tome I comprend : 1° une introduction sur les *Méthodes et procédés de l'asepsie et de l'antisepsie*, sur les *moyens de réunion et d'hémostase* et sur l'*anesthésie*; 2° les *opérations sur les divers tissus* (peau, os, articulations, muscles et tendons, synoviales tendineuses, vaisseaux, nerfs); 3° les *opérations sur les membres*, le *crâne* et l'*encéphale*, le *rachis* et la *moelle*, l'*appareil visuel*, le *nez*, les *fosses nasales*, les *sinus de la face*, le *naso-pharynx*, l'*oreille*, le *cou*, le *thorax*, le *sein*.

Le tome II est consacré aux *opérations de la bouche*, des *glandes salivaires*, du *pharynx* et de l'*œsophage*, à la *laparotomie*, aux *opérations de l'estomac*, de l'*intestin*, du *rectum* et de l'*anus*, du *foie*, des *voies biliaires*, de la *rate*, du *rein*, de l'*uretère*, de la *vessie*, de l'*urètre*, de la *prostate*, des *organes génitaux de l'homme* et des *organes génitaux-urinaires de la femme*. Une *table analytique des matières* des deux volumes, et une *table alphabétique des auteurs cités* complètent l'ouvrage et permettront la rapidité des recherches.

Nous joignons nos louanges à toutes celles que la presse médicale a données, sans compter, à cet ouvrage, et nous souhaitons voir sortir de la collaboration de ces deux chirurgiens d'autres travaux aussi clairement conçus, aussi sobrement écrits, à tendances aussi pratiques.

D<sup>r</sup> F. C.

## NOUVELLES &amp; INFORMATIONS

## UNIVERSITÉ DE LILLE

Un concours s'ouvrira le 20 juillet 1903, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pour un emploi de **suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie** à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens; le registre sera clos le 20 juin.

— L'assemblée de la Faculté de médecine de Lille a

attribué, ainsi qu'il suit, les récompenses, appelées **Prix de Thèses**, pour l'année scolaire 1901-1902 :

Médaille d'or : M. JOUVENEL ; Médaille d'argent : M. DRUCBERT ; 1<sup>re</sup> Médaille de bronze : M. BRETON ; 2<sup>e</sup> M. ROMIGNOT ; 3<sup>e</sup> M. COLLE ; 4<sup>e</sup> M. VRASSE ; 5<sup>e</sup> M. BERTIN ; 1<sup>re</sup> Mention honorable : M. CHEVALIER ; 2<sup>e</sup> M. RALLIER DU BATY ; 3<sup>e</sup> M. LECLERCQ ; 4<sup>e</sup> M. LORIGNIER.

## SOUTENANCES DE THÈSES

M. A. L. DESCONSEILLEZ, de Baisieux (Nord), a soutenu, avec succès, le mardi 2 décembre 1902, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 111), intitulée : **Des indications et des résultats de la résection du maxillaire inférieur**.

M. G. A. ROUCHE, de Rétzy (Pas-de-Calais), a soutenu, avec succès, le mercredi 3 décembre 1902, sa thèse de doctorat (6<sup>e</sup> série, n° 112), intitulée : **Des réflexes rotulien et plantaire dans l'hystérie et la neurasthénie**.

## HOPITAUX ET HOSPICES

Amiens. — Un concours pour deux places de médecin-adjoint s'ouvrira le lundi 2 Mars 1903, à midi, à l'hôpital d'Amiens.

Marseille. — A la suite de différents incidents le concours pour une place de chef des travaux anatomiques vient d'être annulé.

## UNIVERSITÉ DE PARIS

M. le docteur POIRIER, agrégé, a été nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. le professeur FARABEUF, mis à la retraite.

## Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — M. le docteur TRÉPANT, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

## Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs A. DUBOUSSET, de Riom (Puy-de-Dôme); LANQUETIN, de Lyon (Rhône); CHABALIER, d'Hyères (Var); TRICHET, de Ploubalay (Côtes-du-Nord); d'HELLY, ancien médecin des hôpitaux de Paris.

## OUVRAGES REÇUS

— Surdité datant de dix ans ramenée à une audition moyenne par le procédé Delstanche, par le docteur TR TROP, Anvers, Buschmann, 1902.

— De l'emploi de la formaline pour déceler l'albumine urinaire, par le docteur TR TROP, Anvers, Buschmann, 1902.

PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — L'**Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration. De 3 à 6 cuillères à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.

D<sup>r</sup> Ferrand. — *Trait. de méd.*)

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX  
**NEUROSINE PRUNIER**  
(Phospho-Glycérate de Chaux pur)



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT  
5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT  
pour les ÉTUDIANTS  
3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Arthus**, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Ausset**, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; **Barrois**, professeur de parasitologie ; **Bédart**, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carlier**, professeur de pathologie externe ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; **Deléarde**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale.

**MM. Gaudier**, professeur agrégé ; **Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique à Paris ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale ; **Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

**INGELRANS**, chef de clinique médicale, médecin des hôpitaux.  
**POTEL**, ex-chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

**AVIS.** — Nous prions nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir le montant de leur abonnement pour 1903, en un mandat poste ou un bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté, Lille.

Passé le 18 décembre, nous ferons présenter à domicile, par la poste, une quittance représentant le montant de l'abonnement, majorée de 0 fr. 50 pour frais de recouvrement.

### SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX :** Variole congénitale (accouchement, pendant l'invasion, d'un enfant à terme qui fit et mourut de la variole quelques jours après), par M. Taconnet, interne des Hôpitaux. — **CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES :** Rhumatisme articulaire aigu, par M. le professeur Combemale. — Société centrale de médecine du département du Nord : Séance du 12 décembre 1902. — Analyses bibliographiques. — Variétés et Anecdotes. — Mots de la fin. — Nouvelles et Informations. — Statistiques de l'Office sanitaire de Lille.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Variole congénitale

(Accouchement, pendant l'invasion, d'un enfant à terme qui fit et mourut de la variole quelques jours après)

Par M. Taconnet, Interne des Hôpitaux

Un fait bien établi, c'est que la femme enceinte, atteinte de variole, peut transmettre, in utero, la maladie au fœtus. Néanmoins, assez souvent, l'enfant échappe à la contagion et présente alors, après sa naissance, une immunité remarquable contre toute inoculation.

En dehors de ces cas, il en est d'autres, où l'enfant,

pris de variole dans le sein de sa mère, vient au monde avec des cicatrices, ou avec une éruption bien caractérisée ; ou bien l'exanthème se développe peu après l'accouchement. Il se peut même que le fœtus soit infecté sans que la mère ait contracté la maladie.

Dans tout ceci, il n'est question que du fœtus viable.

Cependant les cas de variole congénitale sont épars dans la littérature médicale et, comme le dit DE GRANDMAISON : « Même en les cherchant avec succès, la moisson est loin d'être fructueuse ».

L'observation qui va suivre en est un exemple particulier. Ce cas est survenu chez un enfant né à terme, et quelques jours après sa naissance ; la mère ayant accouché pendant la période prodromique, c'est-à-dire avant l'éruption qui, chez elle, apparut deux jours après l'expulsion.

Le 19 novembre 1902, la nommée Sidonie R..., vingt-six ans, se présente au pavillon d'isolement, à l'hôpital de la Charité, pour y faire admettre son enfant atteint de variole.

En examinant l'enfant, je m'aperçus que la mère avait eu elle-même la maladie et qu'elle n'était qu'à la période de dessiccation ; je fis donc entrer la mère et l'enfant dans le service de M. le professeur COMBEMALE.

Cette femme avait été vaccinée avec succès à la naissance, mais jamais revaccinée.

Le 4 novembre, à peu près au terme de sa grossesse (date de la fin des dernières règles : 2 février 1902), elle eut un frisson, puis de la céphalalgie. De la rachialgie, des nausées, des sueurs profuses apparurent les jours suivants. Pas de constipation. Il y eut de la fièvre



En pleine période d'invasion, elle accouche, le 6 novembre. Le 8 novembre, la malade présente des rougeurs aux mains; aux poignets, aux genoux et à la figure qui disparaissent rapidement (il s'agissait probablement d'un cas morbilliforme).

Le lendemain, 9 novembre, des papules apparaissent au visage, sur les mains, les avant-bras, aux pieds et aux genoux; il y en eut seulement quelques-unes sur le corps.

L'évolution fut rapide au dire de la malade, en quelques jours les croûtes avaient remplacé les boutons.

L'enfant, Héloïse M..., née à terme, dans des conditions normales, ne fut pas vaccinée.

Le 14 novembre, c'est-à-dire huit jours après l'accouchement, elle présenta quelques rougeurs et le lendemain, l'éruption était faite, « elle était complètement rouge », dit la mère.

Le 19 novembre, jour de l'entrée aux Pavillons, la face est couverte de vésicules confluentes. sur le corps et les membres, il y a une éruption de papules si serrées qu'on ne peut distinguer d'intervalle de peau saine; l'ombilication se fait sur les membres.

Il s'agit d'une variole confluyente généralisée: La petite malade prend bien le sein, l'état général est assez bon.

Le 20 novembre, les vésicules poursuivent leur évolution, la réaction est intense. L'enfant crie et prend ses tétées, il semble supporter sa maladie sans grand dommage.

Le 21 novembre, il refuse le sein, on ne peut le nourrir à la cuiller. L'éruption pâlit, il y a de la stomatorrhagie, l'état général est mauvais.

La mort arrive le 23 novembre, au neuvième jour de l'éruption. La température rectale n'a cessé de monter pendant les trois jours pour atteindre 40°6 le 21 au soir.

Si on compte trois jours d'invasion, la variole s'est déclarée cinq jours après l'accouchement et la mort est survenue au douzième jour de la maladie; l'infection du fœtus et une partie de l'incubation s'étant faite dans l'utérus.

L'intérêt de cette observation, ne réside pas dans la marche un peu anormale de la variole, mais dans sa rareté.

Il n'y a, en effet, qu'un seul cas analogue dans les publications faites au sujet de la variole congénitale. Il est de RICHARDIÈRE et publié dans « l'Union médicale » (La variole pendant la grossesse, à l'hôpital d'Aubervilliers, en 1892. Observation XI; février 1893).

Dans cette observation, la mère fut atteinte de varioloïde après l'accouchement, l'enfant eut une variole discrète quatre jours après et guérit.

Il y a cependant une différence entre le cas de RICHARDIÈRE et le nôtre; dans l'observation que nous avons publiée ci-dessus, la variole bénigne de la mère avait été transmise à l'enfant avec une intensité telle,

qu'elle fut chez lui confluyente, généralisée et qu'elle le tua. Il était intéressant de souligner le fait que la transmission de la variole, in utero, s'est manifestée, chez l'enfant, avec une exaltation particulière, que l'exanthème bénin de la mère ne pouvait faire prévoir.

## Consultations Médico-Chirurgicales

### Rhumatisme articulaire aigu

Professeur F. COMBEMALE.

**INFORMATIONS CLINIQUES.** — Un adolescent ou un adulte se plaint de fatigue musculaire à la nuque, aux lombes, de douleurs articulaires légères mais allant croissant. Il a saigné du nez ou bien il est porteur d'une angine rouge, sans exsudat, sans ganglions, unilatérale, douloureuse à la déglutition seulement, modérément œdémateuse; sa température est inférieure à 39°. Puis, au bout de quelques jours d'un diagnostic incertain, on le voit pâle, l'énergie et l'intelligence intactes, en moiteur permanente, la fièvre peu marquée, les urines rares, denses, acides, colorées par l'urobiline, légèrement albumineuses; il accuse par son attitude une ou plusieurs articulations douloureuses, en mettant d'intuition les muscles voisins et les capsules articulaires dans le relâchement; chaque articulation prise, grosse ou petite, est chaude, tuméfiée, rosée, douloureuse, et le restera de quatre à huit jours. A peu près chaque jour de nouvelles articulations seront envahies, les précédentes redevenant graduellement libres. Pendant quinze jours, six semaines parfois, toutes les articulations, aussi bien celles du genou, de l'épaule que celle du rachis et des doigts, jusqu'à huit et dix à la fois étant prises, seront tenaillées par des douleurs très vives, assoupies parfois, réveillées par le mouvement, la pression, surtout les heurts du lit, auront une température locale supérieure de 0,5 à 1 degré, seront tendues et luisantes, offriront du côté de l'extension une bande rosée sans relief coraux limites de la synoviale. C'est le *rhumatisme aigu généralisé franc*.

Les complications viscérales sont fréquentes dans cette forme: le cœur est très souvent atteint dans son endocarde; le péricarde participe aussi de cette atteinte. Quant à la plèvre, les méninges, ils sont moins souvent frappés: manifestations pleuro-pulmonaires passagères, rhumatisme cérébral, s'ils sont rares, ne sont pas

**INDICATIONS PATHOGÉNIQUES.** — 1. tations cliniques du rhumatisme articulaire

commandées sans conteste par un agent infectieux ; peut-être même plusieurs agents infectieux en symbiose sont-ils en cause. Ce n'est pas dans tous les cas de rhumatisme que ces microorganismes sont découverts, bien que soupçonnés ; aussi règne-t-il sur leur valeur pathogénique encore quelques doutes. Les connaît-on morphologiquement du reste, que dans l'état actuel de nos connaissances, on ne pourrait encore remplir l'indication pathogénique soit de les détruire, soit d'annihiler leurs toxines, soit d'enrayer leur pullulation.

Les indications cliniques sont donc celles qu'il faut viser uniquement : supprimer la douleur, diminuer la fièvre, prévenir les complications. Empiriquement, un agent médicamenteux a été trouvé, que d'aucuns regardent comme spécifique, qui répond à toutes ces indications, réduit ces symptômes, enrayer la maladie, en empêche les localisations dangereuses, si on l'a employé hâtivement. Mais d'autres agents existent qui remplissent l'indication de calmer la douleur, de vaincre la fièvre et que dans certains cas, où l'état du cœur, des reins exigent des précautions, il est préférable de prescrire. Le moyen qui réduira la fièvre en même temps que la douleur sera le meilleur.

**TRAITEMENT.** — Le traitement du rhumatisme tient tout entier dans l'emploi judicieux du spécifique constitué par les corps salicylés.

Sont utilisés comme corps salicylés le salicylate de soude, le salicylate de méthyle, le salicylate d'amyle, l'acide salicylique, l'aspirine ou acide méthylsalicylique, qui doivent à leur molécule salicyl les effets suivants : a) irritation locale au point d'application, très appréciable par la rougeur qui survient quand plusieurs onctions sont faites au même point avec le salicylate de méthyle, appréciable par la brûlure stomacale que provoque l'ingestion de salicylate, surtout d'acide salicylique, s'il n'est pas dilué dans une masse d'eau et dont est exempte l'aspirine, qui traverse l'estomac sans être attaqué, b) action générale qui se traduit, a) parfois dès la première prise par des bourdonnements d'oreilles, et même des vertiges (ivresse salicylée), b) par l'augmentation des sécrétions biliaires, sudorale et urinaire (polyurie et pollakiurie), c) action spéciale, qui consiste à abaisser toute température dans toute maladie, de calmer toutes les névralgies, quelques-unes excepté et sans qu'on s'explique encore pourquoi.

Les corps salicylés abattent la fièvre et calment les douleurs du rhumatisme articulaire aigu ; empiriquement et depuis longtemps démontrée, cette notion domine le traitement de cette maladie. De tous les corps salicylés, j'emploie de préférence l'aspirine ou acide acétylsalicylique, par la seule raison que son action irritante

locale sur l'estomac est nu. produisant qu'une fois par remment le salicylate de incommode, le salicylate préférences.

## A. — RHUMATISME

### I. — Cho

**INFORMATIONS CLIN**  
s'est installé chez un adulte le premier accès ; l'urine d'albumine, excepté celle, leurs, qui dépend de la mal

**INDICATIONS PATHO**  
**QUES.** — C'est dans leu énoncées plus haut.

**TRAITEMENT.** — Il co ment médicamenteux, spéc tique.

**Traitement médicamenteux**  
porté, le salicylate de se donnés. La dose de 6 grammes d'aspirine sera nécessaire consécutifs au minimum, d ou moins vite, la fièvre et le faut néanmoins, même si le même si aucune articulation **diminuer la dose que quatre fièvre sont calmées.** Vers la dose à quatre grammes d et cela pendant quatre, six, seconde huitaine, permettez deux grammes par jour. **Minimum le salicylate ou l'aspirine aura passé une semaine sans**

Point important, tant qu **séjour au lit** est indispensable comme pas de la station

L'aspirine se prend en cachets muler :

Aspirine .....  
En six cachets ; un

Le salicylate de soude cachets, suivis d'un verre de dent, uva ursi, etc.) ou d'eau il est aussi bien accepté ; les ont fait leurs preuves :

I { Salicylate de soude  
Sirop de framboise  
Eau.....

Chaque cuillerée à café contient cuillerée toutes les quatre heures

II	{	Salicylate de soude .....	6 grammes
		Sirop d'écorces d'oranges amères .....	50 grammes
		Rhum vieux .....	20 grammes
		Eau .....	50 grammes

une cuillerée toutes les trois heures dans un verre d'eau alcaline.

**Diététique.** — Ce traitement médicamenteux ne va pas sans une certaine diététique. Tous les émonctoires doivent être ouverts; il faut favoriser les sueurs et entretenir la diurèse. Le **lait**, l'eau de Vichy y pourvoiront, en même temps qu'avec des **potages légers**, tant que durera la fièvre, l'alimentation sera assurée.

Une fois la fièvre tombée, viendra une alimentation quotidiennement plus substantielle : au lait on ajoutera des œufs, des légumes, mais on ne permettra la viande qu'en dernier lieu; la **reprise des poussées mal éteintes** tient souvent à une alimentation carnée trop hâtive.

**Traitement local.** — Le traitement local des douleurs n'est qu'un adjuvant du traitement médicamenteux, mais utile cependant à bien observer.

Il doit tendre à pratiquer l'immobilisation des jointures, afin d'amener la résorption des liquides et de contribuer à la diminution des douleurs. Réalisez-la par l'**enveloppement ouaté**, successivement de chacune des articulations atteintes ou en voie d'être frappées. Par contre, abstenez-vous de liniments calmants ou opiacés, etc. Les onctions à la vaseline salicylée, mieux les **badigeons au salicylate de méthyle** seront bien plus efficaces, ajoutant l'action du salicylate de méthyle inhalé ou pénétrant par la peau à celle du salicylate de soude ingéré.

Installez dans le lit un appareil fait de **demi-cerceaux** qui, supportant couvertures et draps, empêche le poids des couvertures sur les articulations douloureuses; placez une bouillotte dans cette cage pour éviter la sensation de froid. Isolez enfin en quelque sorte le lit du plancher : posez-le, si cela se peut, sur les isolateurs en verre d'un piano, évitant ainsi les mouvements transmis, plus douloureux que la flexion des articulations; **explorez toujours avec douceur votre malade**.

Au cours de la maladie, et en pleine action salicylée, l'albumine vient-elle à augmenter? Imposez un régime lacté plus sévère, mais ne suspendez pas le salicylate.

## II. — Chez l'enfant

**INFORMATIONS CLINIQUES.** — Chez un enfant de quatre à dix ans survient de la fièvre, de l'agitation, de l'impossibilité à se servir d'un membre; une ou plusieurs articulations sont gonflées, douloureuses, chaudes; le rhumatisme n'est pas douteux; toute autre cause d'arthralgie peut être éloignée.

Des complications cardiaques surviendront inévitablement, peut-être des complications nerveuses.

**INDICATIONS CLINIQUES.** — L'intégrité habituelle du filtre rénal autorise l'emploi des corps salicylés, sans restriction.

**TRAITEMENT.** — Dès que le diagnostic est porté, quelle que soit l'intensité du rhumatisme, on emploiera le **salicylate de soude**, 2 à 3 gr. par jour au-dessous de six ans, c'est-à-dire deux cuillerées à café toutes les quatre heures de la potion I précédente.

Si l'enfant a de six à dix ans, la dose doit atteindre trois cuillerées à café. Au-dessus de dix ans, c'est quatre grammes de salicylate, au besoin six grammes qu'il faut prescrire, comme chez les adultes.

## III. — Chez l'adulte et le vieillard antérieurement malades

**INFORMATIONS CLINIQUES.** — A) Le rhumatisme articulaire, avec ses douleurs et sa fièvre symptomatique, a frappé un artério-scléreux, un brightique qui s'ignore, à urines fortement albumineuses. Dans le tableau classique rien ne sera changé dès l'abord, mais le pronostic est lié à l'élimination complète et sans interruption des déchets fébriles de l'organisme; aussi l'intoxication médicamenteuse, l'intolérance risquent-elles d'être rapides.

B) Un cardiaque, une femme grosse font un rhumatisme; le diagnostic n'est pas plus malaisé que chez l'adulte; mais l'intolérance est à craindre aussi pour tout médicament capable de retentir sur le plexus cardiaque ou la fibre lisse interne.

C) L'alcoolique, l'intoxiqué, à l'occasion d'un rhumatisme, se montreront prêts à réagir vis-à-vis d'un médicament de façon anormale, par le délire presque sûrment.

**INDICATIONS CLINIQUES.** — Lorsque le salicylate de soude est mal toléré, son action toxique se traduit par des nausées, des vomissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, de la surdité, des syncopes, de la diplopie, de l'amblyopie, du délire, du collapsus. Il a maintes fois, d'autre part, provoqué l'avortement, et passe pour abortif.

Comme pour les brightiques ou scléreux, la rétention médicamenteuse est à craindre, comme pour les cardiaques et la femme grosse, la syncope et l'avortement doit être évité, comme l'on doit éloigner de l'alcoolique toute cause d'hallucinations, de délire, les salicylates, susceptibles par accumulation, ou même simplement à dose thérapeutique, de provoquer ces accidents, ne devront pas être prescrits chez ces malades. On s'adressera aux moyens médicamenteux qui calment et abaissent la température à la fois, sans avoir les effets secondaires dangereux des salicylates.

**TRAITEMENT.** — Un antithermique et analgésique éprouvé, l'**antipyrine**, peu toxique, devra dans ces cas être employé; on la prescrira, sachant bien que ses résultats, vis-à-vis de la douleur, seront moindres que ceux qu'on eût obtenus avec le salicylate de soude.

Si l'antipyrine ne soutient pas la comparaison, à la dose de 3 ou 4 gr. par jour en cachets ou dans une potion effervescente, elle calme aussi toutefois les douleurs et abaisse la température mais pour un temps moins long. Un bon mode d'emploi de l'antipyrine consiste à se servir d'une sorte de potion de Rivière. Trois à quatre fois par jour, c'est-à-dire toutes les six ou huit heures, d'un premier flacon contenant :

Antipyrine.....	4 grammes
Bicarbonat de soude.....	2 grammes
Sirop sucre.....	15 grammes
Eau.....	45 grammes

le malade prend une cuillerée à soupe, c'est-à-dire 1 gr. d'antipyrine, qu'il fait suivre immédiatement d'une cuillerée d'un deuxième flacon contenant :

Acide citrique.....	2 grammes
Sirop de limons.....	15 grammes
Eau.....	45 grammes

L'estomac le plus intolérant accepte l'antipyrine sous cette forme.

En même temps, pour contrebalancer l'effet anurétique de l'antipyrine, on institue le régime lacté. En outre, comme l'antipyrine provoque les sueurs, il faut, si elles sont par trop abondantes, un jour sur deux, faire prendre un granule d'un milligr. de sulfate d'atropine ou un cachet de sulfonal.

**Je ne puis recommander** chez l'adulte ou le vieillard à organes tarés, a) ni le **salophène**, composé d'acide phénique et d'acide salicylique dont les doses quotidiennes sont de 3 ou 4 gr. en cachets par prises d'un gramme ou dans une potion effervescente, analogue à la précédente, b) ni le **salol**, corps phénol salicylé, dont les quatre prises quotidiennes seraient de 0 gr. 75, en cachets; à renoncer aux salicylates, il faut renoncer aussi aux corps qui, en plus de la molécule salicyl contiennent la molécule phényl, non moins dangereuse pour les reins.

#### B. — RHUMATISME SUBAIGU

**INFORMATIONS CLINIQUES.** — A sa seconde, sa troisième attaque, un adulte ou un enfant fait un rhumatisme, caractérisé par une fièvre atténuée, des douleurs articulaires moins nettes. Les complications cardio-pulmonaires peuvent cependant survenir; mais l'acuité du rhumatisme est moindre

**INDICATIONS CLINIQUES.** — Il s'agit de proportionner le moyen médicamenteux à l'intensité de l'attaque; il pourra même dans le cas où l'attaque est

très affaiblie, quoique certaine, saire d'utiliser les corps salicylés

**TRAITEMENT.** — Il convient les corps salicylés. Non pas le sa les inconvénients duquel on pass en raison du bénéfice qu'on en ret ou le salicylate de méthyle.

Deux à quatre cachets, de 0 gr suffiront pendant quinze jours co et maintenir abolis fébricule et

Les salicylates volatils, salicylat cylate d'amyle, suffiraient aussi p en onctions loco dolenti. Procur **cylate d'amyle**, soit du **salicyl** débarrassé des impuretés qui s gnent et doublent son action irrit un pinceau chargé de l'un ou l' huileux, badigeonnez les articulati par jour avec 4 ou 6 gr. de l'u environ. Appliquez ensuite un en enfin une feuille de gutta-percha l'évaporation; une bande roulée Au bout d'une demi-heure, l'inten: déjà à diminuer; la sédation surv **appliquer directement le salicylat** poré dans un véhicule (huile, v moins bien. Employez-le pendant vous auriez donné le salicylate, c consécutifs encore après la sédati deux à trois semaines en tout. Et **geonnages sous aucun prétexte**: siii tion de l'accès.

Comme complément à cette méd à administrer les **alcalins**, sous fi une bouteille par jour, sous form soude, 4 à 6 gr. en autant de cac benzoate de soude, 2 à 4 gr. en cach

#### C. — COMPLICATIONS DU

##### 1. — Rhumatisme c

**INFORMATIONS CLINIQUES.** diagnostiqué tel depuis quelques salicylate, de l'hyperthermie perm accélééré, des sueurs profuses. De ph il vomit et il surprend par sa loquaci de plus la fluxion a quitté ses articul a ni alcoolisme antérieur, ni albumin a le droit de diagnostiquer rhumat que cette complication soit devenue cylate de soude, à qui l'on peut poi buer cette action préventive.

ou moins vite, de façon à éviter le coma, et dans un cas

— Quand cette complication se présente, il faut faire que de la comatose, ataxo-adynergie, et le calme revenu dans le rhumatisme évoluera du reste

à ces indications, une indication cérébrale reconnue, **suspendre définitivement** le recours à la balnéation

**bain froid** à 20°, d'une durée de trois heures, quand on répète ce bain : en appliquant la méthode de BRANDT, on évite le rhumatisme pour un à quatre jours, au bout de quatre jours les articulations sont redevenues normales, on n'insiste plus trop pour

l'écrit, contre l'insomnie, qui seul n'en triomphe, la phase sédatrice qui

### **Complications cardio-pneumoniales**

ES. — a) Brusquement, sans que le malade ne s'aperçoive, il y a asphyxie ; sans que le malade crache de la spume, le poumon d'allures si graves.

chez un rhumatisant, s'est installée avec sa subitité, son souffle très doux ; installé insidieusement, cause d'une toux fréquente, de spume gonflée, de 40 à 60 respirations, cette congestion pulmonaire disparaît com-

me la recherche volontaire de l'état général révèle un état normal. On voit, durant une crise, varier en plus ou en moins, bilatéral, cet épanchement de côté ; il finit

toujours par disparaître, sans jamais tolérance, quand le rhumatisme s'atténue d'a-

**TRAITEMENT.** a) — La rapidité de l'œdème aigu laisse souvent le médecin dans l'embarras, il faut tenter, sans perdre de temps, elle sera faite à l'aide de **ventouses sèches** qu'on appliquera sans compter ; les injections d'écaille de morue aideront à franchir ce mauvais pas.

b) Les **ventouses sèches**, multipliées en rapport avec l'étendue de l'œdème, servent d'un très grand secours pour hâter la résolution de la congestion pulmonaire ; dix, vingt, quarante, ne seront parfois pas de trop. On ne s'arrêtera pas à **porter les doses de salicylate de sodium**. L'ivresse salicylée n'est qu'un danger à craindre dans ce cas.

c) **Surveiller les oscillations du liquide** par la ponction au cas de trop grande abondance de liquide dans le thorax double, telle doit être la ligne de conduite de la pleurésie rhumatismale. Le **salicylate** doit être **discontinué**.

### **III. — Complications cardiaques**

#### **INFORMATIONS CLINIQUES** — I

chaque jour, comme on le doit faire, le rhumatisant, on constate que les bruits du cœur sont sourds, puis qu'ils sont lointains, parfois de frottements. Si en même temps, on survient de la douleur précordiale, des palpitations, le pouls est fréquent et irrégulier, si un second temps à la base, ou au premier point est perçu, et si la fièvre s'élève de 38° à 39°, on a pas à douter : de l'endopéricardite exsudative, qui disparaît avec l'attaque de rhumatisme et cause une cardiopathie chronique, mène à l'aboutir au cours de l'attaque actuelle à des embolies.

**INDICATIONS CLINIQUES.** — Variétés de symptômes observés, mieux avec la réaction du cœur, de la circulation périphérique du système artériel, ces indications se résument cependant en ceci : maintenir la tension artérielle et la contractilité à leur niveau normal, éviter la fatigue

**TRAITEMENT.** — Dès que l'éloignement du cœur aura été constaté, pendant trois à quatre jours, **surveiller le cœur**, prêt à intervenir. Le **repos** sera, du reste, continué, suivant la défaillance.

Le rhumatisant sera maintenu au **repos** complet, aidé pour sa toilette et la satisfaction de ses besoins naturels, à l'abri des émotions.

On doit prévoir la défaillance cardiaque ; aussi, dès que l'accélération persistante du pouls se joint à l'éloignement des bruits du cœur, on aura recours à la **sparteïne** ; j'emploie communément, en ce qui me concerne, dès que le cœur est menacé, sinon réellement touché, et je prescris quotidiennement :

Sulfate de sparteïne . . .	0,30 centig.
Sirop de tolu . . .	30 gr
Eau distillée de tilleul . . .	60 gr.

deux cuillerées à bouche dans la journée.

La douleur précordiale appellera des **ventouses scarifiées**, un petit **vésicatoire**, des **pointes de feu** sur cette région, que l'on renouvellera si la douleur persiste.

Lorsque le pouls devient fréquent et irrégulier, on s'adresse à la **digitale**, durant quatre jours environ, dont on donne quotidiennement, 0 gr. 20 à 0 gr. 50 en infusion, suivant la formule :

Poudre de feuilles de digitale . . .	50 centig.
Eau pour infusion . . .	120
Sirop de convallaria . . .	30

Mettre à infuser une demi-heure, à prendre dans la journée.

La **caféine** ne serait de mise que dans le cas de myocardite avérée.

Mais, **ce qu'il faut rejeter**, c'est le tartre stibié, c'est les mercuriaux, c'est la saignée, c'est l'alcool, c'est surtout ce qu'on a appelé d'un mot l'agitation thérapeutique.

#### D. — Convalescence

**INFORMATIONS CLINIQUES.**— Un rhumatisant a vu disparaître la fièvre et le gonflement de ses articulations par le salicylate de soude ; depuis quelques jours il a cessé le salicylate, et il n'est cependant pas encore remis ; ses doigts sont raides, il marche péniblement et s'endolorit les hanches à faire quelques pas ; en outre, il est très pâle, anémié fortement, et ses jugulaires ronronnent à l'auscultation.

**INDICATIONS CLINIQUES.** — Ces séquelles du rhumatisme : anémie et raideurs, appellent un traitement qu'il ne faudra pas faire trop intensif pour ne pas rappeler l'infection.

**TRAITEMENT.** — Il doit être mené de front, à la fois contre l'état général et contre l'état local.

**Anémie.** — Contre l'anémie il y aura avantage à prescrire le fer. Le meilleur ferrugineux sera l'**iodure de fer**, à raison de l'iode y contenu qui passe pour utile contre les raideurs articulaires. Qu'on utilise les pilules de Blancard ou le sirop d'iodure de fer du Codex, on donnera quotidiennement vingt centigrammes d'iodure de fer, soit deux cuillerées de sirop ou quatre pilules.

Une alimentation réparatrice, mais à résidus peu toxiques, dans laquelle le **lait** dominera, devra être aussi recommandée.

**Raideurs articulaires**, celles qui traitement médical à la dose d'un gramme quelques jours de pause succès. Mais, à ce qui n'a jamais fait **local** périarticulaires, garde toute sa

Les **bains de vapeur** faciliteront à et souples dans saison à **Luchon Bourbonne** sera malade se soumet gymnastique qui thermes bien ou

b) S'il persiste la jointure restant **pression perm** ou une genouillère avec une saison à

#### SOCIÉTÉ CENTRALE

Séan

Présidenc

**Décollement, au c**  
**placenta norm**  
**nurique**

M. Oul présente d'une femme album avec M. le docteur l'après-midi. Cette mois de sa grossesse ne sentait plus les rhagie abondante. M. CASTELAIN avait d'albumine. Au moment aiguë très grave, travail, col long et diagnostic porté est du placenta normal morrhagies s'est com décide de remonter constances le néces plus favorables.

Injection de 600 g de chlorure de sodi

Des contractions du soir. A neuf he

dilaté comme une pièce de deux francs. A onze heures, dilatation complète. M. CASTELAIN rompt les membranes et extrait par le siège un fœtus macéré.

En examinant la face utérine du placenta, très petit, atrophie, on constate que sur la moitié de son étendue, elle présente un aspect blanchâtre, comme si elle était recouverte de fibrine. L'autre moitié, de coloration à peu près normale, est déprimée. Au niveau de cette dépression, existaient, au moment de la délivrance, de gros caillots noirs, adhérents.

A la coupe, nombreux foyers hémorragiques anciens et récents, dont un, assez gros et manifestement très récent, a probablement été le point de départ de l'hémorragie extra-placentaire qui a décollé le placenta.

#### Arrachement des tendons fléchisseurs des doigts

M. Potel rapporte le cas d'un enfant qui, s'étant accroché au haut d'une porte et s'en étant laissé tomber, a eu un doigt enlevé et le tendon arraché au niveau de l'insertion musculaire.

Il montre un autre tendon arraché au même niveau chez un paysan qui tenait enroulé autour du doigt la corde par laquelle il conduisait une vache.

#### Fibrome du vagin

M. Potel présente une pièce anatomique se rapportant à ce cas. (Sera publié).

#### Néphrotomie pour volumineux calcul du rein droit

M. Carlier présente à la Société un volumineux calcul qu'il a extrait avec succès, au mois de février, du rein droit d'un malade âgé de trente ans. Ce calcul est ramifié, son poids est de 150 grammes environ. La masse la plus importante a la forme d'un cœur, elle siégeait dans le bassin.

Ce malade est un lithiasique d'ancienne date. Il a été opéré, il y a quinze ans, d'une pierre vésicale, on lui fit alors une taille hypogastrique. Depuis très longtemps les urines étaient infectées, mais l'état général du malade était resté excellent. Le rein droit était souvent le siège d'une douleur sourde qui s'aggrava pendant les quelques mois qui précédèrent l'entrée du malade à la clinique des voies urinaires. La recrudescence de ces douleurs lors de la marche, la production d'hématuries caractéristiques dénotaient l'existence d'un calcul rénal, d'ailleurs le rein droit était douloureux à la palpation et très augmenté de volume, puisque son bord inférieur descendait à deux doigts au-dessous de l'ombilic; en outre, une belle radiographie faite par M. BÉDANT ne laissait aucun doute sur l'existence d'une grosse pierre rénale.

Le calcul fut enlevé par la voie lombaire, non sans difficulté, car les ramifications de la pierre étaient enserrées dans les calices. Un second calcul moins volumineux, mais

également ramifié, siégeait dans le pôle supérieur du rein et put être extrait après abaissement de l'organe.

Le rein, qui était très infecté, fut drainé pendant six semaines, temps au bout duquel le malade quitta l'hôpital guéri de sa plaie lombaire et dans un état de santé très satisfaisant. Quatre mois plus tard, la cicatrice lombaire en un point par où s'écoula dès lors la totalité des urines du rein droit.

Le cathérisme rétrograde de l'uretère permit de constater que l'obstacle à l'arrivée de l'urine dans la vessie devait siéger près de l'embouchure vésicale de l'uretère. C'est alors qu'explorant la vessie par le palper bi manuel on y constata une tumeur qu'on sentait d'ailleurs très bien par l'hypogastre, tumeur qui n'avait occasionné jusqu'alors que des troubles vésicaux peu importants et qui avaient été plutôt attribués à la lésion rénale.

Une cystotomie sus-pubienne, pratiquée au niveau de la cicatrice ancienne, permit de constater que la tumeur s'implantait sur la presque totalité de la vessie et surtout que le col vésical et la région des uretères étaient complètement envahis par le néoplasme. Un curetage, seul, était possible, il fut fait très complet, mais il ne suffit pas pour libérer définitivement l'embouchure des uretères. Actuellement le rein droit antérieurement opéré donne chaque jour deux litres d'urine par la fistule lombaire; quant au rein gauche, il sécrète peu et est douloureux, bien que la vessie reste fistulisée.

Le port d'un urinal s'adaptant à la fistule lombaire et à la fistule vésicale rend la vie de cet opéré très tolérable, en dehors de petits agacements continuels du côté de la vessie et dus à la lésion du col vésical.

M. Carlier avait proposé, à un moment donné, à ce malade, de lui néphrostomiser le rein gauche, de façon à dériver complètement le cours des urines, puis de procéder à l'extirpation totale de la vessie et de l'urètre postérieur. Car l'abouchement dans l'intestin des uretères privés de leur sphincter serait ici une déplorable opération, à cause du peu de défense des reins contre l'infection intestinale. Mais des circonstances diverses ne permirent pas de mettre à exécution l'opération proposée, et actuellement ce malade, dont l'état général est toujours excellent, calme ses petites douleurs avec des suppositoires opiacés.

M. CARLIER présente un autre calcul qui fut extrait par la néphrotomie lombaire du rein gauche d'un malade entré en janvier au pavillon OLIVIER. Ce calcul a le volume d'une amande, il est entièrement formé d'acide urique. Ce malade souffrait atrocement depuis trois ans. L'intensité des douleurs, leur répétition, l'apparition dans les urines après la fatigue, indiquaient bien l'existence d'un calcul. Ici encore la radiographie, faite



M. BÉDART, permet de constater au niveau de la dernière côte gauche, une tache significative.

L'opération fut aisée, malgré l'existence d'une épaisse couche graisseuse périnéale. Le calcul extrait, la place rénale fut complètement suturée au catgut et la plaie lombaire fut fermée au crin de Florence, sauf en un point pour le passage d'un drain. Guérison par première intention de la plaie rénale.

M. Carlier insiste sur les grands services qu'on peut attendre de la radiographie lorsqu'on soupçonne chez un malade l'existence d'un calcul du rein.

#### Recherches sur la valeur clinique de quelques signes urinaires considérés comme révélateurs de l'insuffisance hépatique

MM. Ingelrans et Dehon présentent les résultats obtenus par la recherche de la glycosurie alimentaire, de l'hypoazoturie, de l'ammoniurie expérimentale, du rapport azoturique, de l'urobilinurie et de l'indicanurie, au point de vue de l'insuffisance du foie. Ils ont étudié seize malades et trois sujets normaux. Les malades dont le syndrome urinaire a été ainsi envisagé étaient atteints de cirrhoses atrophique, hypertrophique, hypertrophique graisseuse, de cancer, de maladie amyloïde, d'ictère catarrhal, etc.

Après avoir fait remarquer que l'insuffisance du foie comme celle du rein a des degrés, que les diverses fonctions de cet organe ne sont pas solidaires entre elles comme on l'a cru longtemps, ils étudient séparément les divers signes de cette insuffisance.

I. La glycosurie alimentaire, recherchée en se mettant à l'abri des nombreuses causes d'erreur qu'elle peut comporter (impureté de la glycose, intolérance gastrique et intestinale, concomitance des repas, hyperconcentration, etc.), s'est montrée deux fois seulement positive. Comme le foie peut être insuffisant pour l'une quelconque de ses fonctions sans l'être pour les autres, l'absence de la glycosurie provoquée prouve que la fonction glycogénique est fréquemment conservée, alors que les autres sont abolies et on n'en peut rien inférer en ce qui concerne l'état pathologique de l'organe. En effet, celui-ci peut être induré et cirrhotique et conserver un grand nombre de cellules qui renouvellent leurs réserves glycogéniques (BRAULT).

II. L'hypoazoturie, dans la grande majorité des cas, est évidente. On ne peut se borner à cette constatation, car elle n'indique pas forcément que le foie ait faibli, quand même elle s'accompagnerait d'une augmentation relative et même absolue de l'ammoniaque, d'une augmentation relative de l'acide urique et des substances azotées extractives normales. Le coefficient azoturique veut absolument être établi pour qu'on puisse tirer une conclusion.

Le dosage de l'urée, insuffisant par les méthodes gazométriques ordinaires, surtout quand on veut évaluer ce rapport azoturique (SALLERIN), a été fait par la méthode

de FOLIN. Le rapport azoturique est très abaissé dans la plupart des cas. Il est possible que l'hypoazoturie et l'inflexion du rapport azoturique ne soient pas suffisantes pour affirmer l'insuffisance hépatique, mais on doit penser que ces deux signes ont néanmoins une valeur capitale pour renseigner le clinicien sur l'état du foie.

III. — Le chiffre normal de l'ammoniaque urinaire étant de 0,70 par 24 heures, le double ou le triple a pu être observé dans les cirrhoses. MM. INGELRANS et DEHON ont dosé l'ammoniaque par le procédé de SCHLOSING. Ils ont rencontré des chiffres plus que doubles de la normale.

Le chiffre de l'ammoniaque comparé à celui de l'azote total fournit des résultats intéressants. Ce rapport est augmenté dans un certain nombre d'observations.

L'épreuve de l'ammoniurie expérimentale donne des résultats positifs dans la moitié des cas.

IV. L'indicanurie est d'importance secondaire.

V. L'urobilinurie, notée plusieurs fois, n'est sans doute qu'un indice de cholémie (GILBERT).

VI. La dissociation des signes de l'insuffisance hépatique chez un même malade tient à la dissociation même des fonctions de l'organe envisagé.

Sur neuf sujets, chez lequel le diagnostic doit faire conclure d'une façon évidente à une altération non douteuse des fonctions hépatiques (cancer, dégénérescence amyloïde, cirrhose hypertrophique graisseuse, cirrhose atrophique, cirrhose cardiaque) le syndrome urinaire révélateur de l'insuffisance hépatique s'est manifesté à un degré plus ou moins accentué.

Chez d'autres malades, où le foie est très peu lésé et l'insuffisance passagère ou peu probable, les signes urinaires peuvent apparaître mais toujours moins nets et moins groupés (maladie de HANOT, plusieurs cas d'ictère catarrhal). Au cours de leur communication, MM. INGELRANS et DEHON fournissent le détail des méthodes d'exploration employées, ainsi que les chiffres relatifs à leurs expériences. Ces chiffres sont, pour chaque sujet et pour chaque analyse, ceux de l'urée, de la glycose, du rapport azoturique, de l'ammoniaque normale et post-expérimentale, de l'azote total (méthode de Kjeldhal). Les réactions de GMELIN, de HAY, de SALKOWSKI et de PETTENKOFER ont été recherchées. L'urobilin a été recherchée par les méthodes récemment signalées, ainsi que l'indican (*sera publié in-extenso*).

M. Er. Gérard demande s'il ne faut pas attribuer la faiblesse de quelques coefficients azoturiques signalés dans cette communication, à l'attaque incomplète de certains matériaux urinaires par l'acide sulfurique, au cours de l'opération de Kjeldhal, résultant d'une action trop peu prolongée des réactifs.

MM. Ingelrans et Dehon répondent qu'en prévision de la possibilité de cette erreur de technique, il ont eu soin



non seulement de continuer l'attaque bien au delà de la décoloration complète de la matière azotée, mais encore qu'ils ont toujours fait varier suffisamment la durée de l'action de l'acide sulfurique sur deux échantillons différents et de ne tenir compte que de résultats sensiblement identiques.

M. Ernest Gérard fait remarquer que l'estimation du carbone urinaire, recommandée par BOUCHARD, aurait pu compléter utilement la série de ces expériences. Bien que cette estimation n'ait été faite que dans un petit nombre de cas, jusqu'à présent, M. GÉRARD la considère comme donnant de bons renseignements sur l'état du foie.

#### Un cas d'éclampsie

M. Delbecq (de Gravelines) présente un mémoire sur ce sujet (*sera publié*).

**Hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta**  
**Traitement par la méthode de Braxton-Hicks**

M. Oui lit une observation sous ce titre (*sera publiée*).

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

**La guérison de la Morphinomanie sans souffrance**, par le docteur Oscar JENNINGS, traduit de l'anglais par M. Albert Ball. — A. Maloine, libraire-éditeur, 23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris. Un volume in-18 cartonné : 4 francs.

Pour qui sait les difficultés que rencontre ordinairement le praticien dans la cure de la morphinomanie et des malaises qui en découlent, cet ouvrage sera un guide des plus précieux.

Se basant avant tout sur une expérience approfondie, sur des observations multipliées qu'il relate, du reste, en substance, l'auteur n'a pas négligé les notions physiologiques qui pouvaient lui être utiles; en sorte qu'il nous donne un traitement rationnel dont il a contrôlé et apprécié les résultats.

Il condamne, bien entendu, la méthode dite rapide, sauf pour certains cas exceptionnels. Il n'exige de ses malades ni contrainte ni séquestration. C'est par une rééducation de la volonté qu'il procède dans la cure « sous souffrance » de la « manie » dont il s'agit : « C'est la meilleure garantie, dit-il, contre les rechutes. La séquestration laisse chez ces malades une sorte de suggestion latente, et il leur semble impossible de résister seuls aux besoins de retour qui, de l'aveu même de ceux qui prônent cette méthode, se produisent sûrement. »

Quant au traitement médicamenteux, il s'adresse aux malaises que crée l'état de besoin, et l'expérience de l'auteur lui a montré que celui-ci est augmenté par la défaillance du cœur, l'hyperacidité stomacale et générale, et l'irritabilité nerveuse ou faiblesse irritable; de là, des médications appropriées.

Enfin, en ce qui concerne la réduction de la morphine elle doit être suffisamment lente pour assurer, avec les autres moyens employés, la suppression de toute souffrance. Une des pratiques importantes à ce dernier point de vue est, suivant l'auteur, la substitution d'injections rectales à doses progressivement croissantes, aux injections hypodermiques décroissantes.

## VARIÉTÉS & ANECDOTES

### Le Costume du Médecin

A cette époque de l'année scolaire, où les Universités créent un grand nombre de docteurs, il n'est pas indifférent de rappeler que les professeurs de Faculté n'ont pas, parmi les médecins, le monopole d'une tenue officielle. Alors que les médecins sanitaires sur leurs paquebots les médecins de marine, de l'armée de terre et de l'armée coloniale ont des uniformes distinctifs, le médecin civil, s'il ne fait pas partie du corps enseignant de l'Université, n'aurait rien qui pût le distinguer de l'épicier endimanché ou du rentier cossu ? Cette hypothèse n'est pas admissible en France, pays très hiérarchisé et pourvu d'un respectable arsenal de règlements et décrets. Il existe, en effet, un uniforme officiel du docteur en médecine : ce n'est point, comme on pourrait le croire, la toge noire que nous avons tous endossée pour la soutenance de thèse. Cette robe noire n'est que l'enveloppe de la chrysalide qui, une fois en possession du parchemin, pourra revêtir l'éclatante livrée du papillon médical. A l'encontre de ses confrères militarisés, le docteur en médecine revêtu de son éclatante tenue ne porte point l'épée au côté, mais il n'en sera que plus fier, car, drapé dans sa toge écarlate, il pourra proclamer le fameux « Cedant arma togæ ».

Voici d'ailleurs le texte exact de l'article 2 du décret du 20 brumaire an XII, *décret non abrogé*, qui fixe l'uniforme des médecins et les conditions dans lesquelles ils peuvent le revêtir.

« Article 2. — Les simples docteurs en médecine, lorsqu'ils seront invités à quelque cérémonie publique et lorsqu'ils prêteront serment, feront ou affirmeront quelque rapport devant les tribunaux, pourront porter le costume qui suit :

» Robe noire d'étamine, avec dos et devant de soie cramoisie, bordée d'hermine, habit noir à la française, cravate de batiste tombante, toque en soie cramoisie avec galon d'or. »

(*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*).

## MOTS DE LA FIN

X... a un oncle dont il attend l'héritage, mais le vieux persiste à vivre, ce qui arrache à l'héritier ce cri du cœur :

Ce n'est pas un oncle ordinaire, c'est un *oncle incarné*.

(*Marseille médical*).

## NOUVELLES & INFORMATIONS

L'Institut Pasteur communique au Comité central de vaccine du département du Nord les résultats des vaccinations effectuées avec le vaccin fourni par cet établissement pendant l'année 1901 et pendant l'année 1902 jusqu'au premier juillet.

Pendant l'année 1901, il a été préparé et distribué gratuitement 39.396 tubes de vaccin.

Du premier janvier 1902 au premier octobre, il en a été préparé et distribué gratuitement 98.641 tubes.

Le relevé des bulletins de vaccinations transmis à l'Institut par les médecins et sages-femmes qui indiquaient en même temps les numéros d'origine du vaccin employé et le nombre d'insertions effectuées sur chaque sujet, ont fourni les chiffres suivants :

Pour l'année 1901 : En première vaccination, sur 3.475 contrôles, 3.163 succès, soit 89,47 0/0 de succès. En revaccination, sur 3.024 contrôles, 1.573 succès, soit 52,06 0/0 de succès.

Du premier janvier au premier juillet 1902 : En première vaccination, sur 4.336 contrôles, 3.959 succès, soit 91,30 0/0 de succès. En revaccination, sur 8.363 contrôles, 4.537 succès, soit 54,48 0/0 de succès.

Aucun accident imputable à ces vaccinations n'a été signalé.

Toutes les génisses qui ont été utilisées pour la production du vaccin ont été soumises préalablement à l'épreuve de la tuberculine. Le vaccin n'a été distribué qu'après que ces animaux ont été reconnus indemnes de tuberculose, et qu'après que son efficacité a été contrôlée efficacement.

Il importe que les médecins, sages-femmes et le public soient informés que les délivrances de vaccin sont toujours gratuites.

### UNIVERSITÉ DE LILLE

— Les vacances du jour de l'an ont été fixées par le Conseil de l'Université à la semaine comprise entre les dimanches 28 décembre et 4 janvier 1903.

— Il ne paraîtra pas trop tard pour indiquer les récompenses qui ont été décernées à l'Université de Lille et à nos collègues de la Faculté de médecine, en raison de leur participation importante à l'Exposition de Lille.

Le jury supérieur a accordé un grand prix à l'Université pour l'ensemble de ses expositions partielles. D'accord avec le Conseil général du Nord, le même jury supérieur a décerné, en outre, une médaille d'or à l'Université également. Dans sa dernière séance, le Conseil de l'Université a enregistré officiellement l'annonce de ces deux récompenses et les a reçues avec reconnaissance.

Le jury supérieur a également accordé à MM. les professeurs CASTIAUX et LAMBLING un diplôme de médaille d'or pour leur exposition particulière ; M. le professeur CASTIAUX avait exposé de magnifiques radiographies, M. le professeur LAMBLING des corps chimiques nouveaux. Nous adressons à nos excellents collègues toutes nos félicitations pour ces distinctions méritées.

— Le dimanche 30 novembre, a eu lieu à l'Institut des

sciences naturelles de la Faculté des sciences imposante cérémonie en l'honneur l'entrée dans l'Université de M. G. géologie. M. Gosselet a été trop vie universitaire de notre ville pour Nord ne signale pas les honneurs qu'il jour à l'un des plus anciens professeurs de l'Université.

Présidée par M. le recteur, la cérémonie de l'homme que l'on fêtait ; la science, l'industrie et il paraissait que M. Gosselet annexé la Belgique, tant les personnes étaient nombreuses, représentant les habitants de cette nation. De nombreux discours, ses venues de tous les points de la planète, glorifiant le malin amour de la science, ses conceptions ont fait la fortune du Nord de la France. Les discours, furent lus et prononcés, et répondit avec une émotion contenue propos.

La Faculté de médecine de Lille, p. Gosselet compte de nombreux admirateurs, uns sont même ses élèves, était représentée par son doyen et par MM. les professeurs THIEMER, SURMONT, CALMETTE, CARLIER.

Toujours vert, M. Gosselet était celui dont le fils et le gendre, le Dr LEDUC tiennent au corps médical de la région le musée géologique que l'on inaugure, personne n'eût dit que cette fin de carrière marquait aussi, cruelle nécessité à la retraite.

### SOUTENANCES DE THÈSE

M. E.-O. DELVART, de Rebecque (Nord), a soutenu avec succès, le mercredi 10 décembre, sa thèse de doctorat intitulée : *Le paramyocèle de l'enfant*.

M. C.-J.-L.-A. BOUTAIS, de Gravelines, a soutenu avec succès, le vendredi 12 décembre, sa thèse de doctorat intitulée : *Les états pathologiques de l'assistance médicale à la Révolution*.

### UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Amiens. — M. le docteur PRAUD'LOM, est chargé, en outre, pour un an, de suppléant d'anatomie et de physiologie.

Besançon. — M. SECRÉTANT, pharmacien, licencié es-sciences physiques et mathématiques, est institué, pour neuf ans, suppléant de pharmacie en matière médicale.

**Clermont.** — Est rapporté l'arrêté nommant M. le docteur CAVALIÉ, agrégé des facultés, professeur d'anatomie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

**Dijon.** Un concours s'ouvrira le 28 mai 1903, devant la Faculté de Lyon, pour un emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

**Lyon.** — M. le docteur POLLOSSON, agrégé, est chargé, pour dix ans, à dater du 1<sup>er</sup> novembre 1902, d'un cours complémentaire de clinique annexe des maladies des femmes, en remplacement de M. LAROYENNE, décédé.

**Nancy.** — M. le docteur MICHEL est nommé, pour un an, chef des travaux de laboratoire de chimie des cliniques.

**Toulouse.** — M. le docteur DESFORGES-MÉRIEL est nommé, pour un an, chef des travaux de médecine opératoire.

### Distinctions Honorifiques

**Légion d'Honneur.** — Sont nommés *Officier* : M. le docteur BERTRAND, médecin de 1<sup>re</sup> classe de la marine ; *Chevaliers* : MM. les docteurs BARTHÉLEMY et MICHEL, médecins de 1<sup>re</sup> classe de la marine, ARTIGUES, médecin-major de 1<sup>re</sup> classe au 153<sup>e</sup> d'infanterie à Toul.

**Instruction publique.** — Est nommé officier de l'instruction publique M. GUILLOZ, chef de travaux à la Faculté de médecine de Nancy.

### Dons et Legs

M. VALANCOURT a légué sa fortune à l'Assistance publique, à charge par elle d'édifier une clinique qui sera médecine de Paris.

Le prix NOBEL pour 1902 (100.000 fr.) attribué cette année, au médecin de médecine pratique de Liverpool, et ceux de l'Ecole en général

### Notre Carnet

M. de Lille, nous fait part de la naissance d'un enfant. Nous adressons à notre meilleur souhait pour la mère et

### Nécrologie

d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. NOMNES, de Saint-Julia (Haute-Garonne) médecin militaire ; BONNIN, de

3. CATARRHES. — L'Emulsion la plus saine préparation créosotée. Elle agit sur la toux et l'expectoration. De 3 à 6 cuillères, bouillon ou tisane.

D<sup>r</sup> Ferrand. — Trait. de méd.)

DU SYSTÈME NERVEUX  
NE PRUNIER  
(écarte de Chaux pur)

bres, rue Nicolas Lebanc.

### Statistique de l'Office sanitaire de Lille

48<sup>e</sup> et 49<sup>e</sup> SEMAINE, DU 23 NOVEMBRE AU 6 DÉCEMBRE 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Fémmin
0 à 3 mois . . . . .	6	9
3 mois à un an . . . . .	8	12
1 an à 2 ans . . . . .	9	4
2 à 5 ans . . . . .	10	6
5 à 10 ans . . . . .	2	6
10 à 20 ans . . . . .	4	1
20 à 40 ans . . . . .	17	17
40 à 60 ans . . . . .	22	24
60 à 80 ans . . . . .	20	19
80 ans et au-dessus . . . . .	11	9
Total . . . . .	107	107

JOINTS et 23000000 11 31 35 48 17 26 13 15 19 21 6 217

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

**ABONNEMENT**  
 5 fr. par an.

Délai postale : 8 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Aussel, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique ; Barrois, professeur de parasitologie ; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur ; Cartier, professeur de pathologie externe ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé de laboratoire à l'Institut Pasteur ; l'Asile d'aliénés d'Armentières ; de clinique ophtalmologique à l'hôpital ; Manouvriez (de Valenciennes), professeur de clinique pendant de l'Académie de médecine, agrégé du Val-de-Grâce chargé d'un cours d'accouchement de pathologie interne et expérimentale ; agrégé, chargé du cours de pa-

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

 INGELRANS, chef de clinique médicale ;  
 POTEL, ex-chef de clinique chirurgicale

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard

 Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'ad-

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Blennorrhagie compliquée (épididymite, déférentite, rhumatisme), par le professeur Charmell. — CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES : Lithiase biliaire non compliquée, par le professeur H. Surmont. — Analyses de travaux français et étrangers. — Mots de la fin — Nouvelles et Informations.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### CLINIQUE DERMATO-SYPHILIGRAPHIQUE

Blennorrhagie compliquée (épididymite, déférentite, rhumatisme)

par le professeur Charmell (1)

MESSIEURS,

Le malade qui va faire l'objet de cette leçon ne présente dans son histoire pathologique et dans la succession des symptômes qui se sont déroulés chez lui rien de très rare ou de spécialement intéressant, mais il va me permettre de faire devant vous un exposé rapide des complications les plus usuelles de la blennorrhagie, et nul sujet n'est d'application plus journalière.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui, après un coït pratiqué le 18 octobre dernier, éprouva trois ou quatre jours après les signes d'une blennorrhagie au début. Jusqu'alors il avait toujours joui

d'une excellente santé, et recueillie par mon interne, plus rien dans ses antécédents qui mérite une mention en examinant le malade pe qu'il est nerveux, impression d'hystéricisme.

Sa blennorrhagie ne se manifeste ment aiguë dans les premiers jours à ses habitudes, et ne se fait que par la façon spéciale. La thérapeutique commence le 1<sup>er</sup> octobre, c'est-à-dire une semaine après le début de sa blennorrhagie. Le malade ressentir quelques douleurs dans le testicule du côté droit, et dans le testicule du côté gauche, et leurs s'accusèrent en même temps la tuméfaction de la partie droite, qui présente à notre consultation.

À ce moment de l'examen, on trouve des signes d'une épididymite à droite, signes que nous décrivons en détail. En même temps, dans le testicule gauche, une tuméfaction cylindrique, dure, qui nous rapporte à la déférentite.

Depuis l'apparition de ces symptômes, le malade a eu des phénomènes du côté de l'intelligence, de la constipation ; la peau chaude et le pouls un peu élevé, d'un état fébrile peu accentué.

Nous recevons le malade et le traitement consiste tout simplement, l'immobilisation des bourses, l'usage d'un bandage occlusif qui les comprime légèrement, l'usage de tisane salicylée et bicarbonate de soude.

(1) Leçon faite à l'hôpital St-Sauveur, le 6 décembre 1902.

bonate de soude pour un litre de tisane à absorber dans les vingt-quatre heures. Tous les deux jours, purgatif salin léger.

Sous l'influence de ce traitement, une amélioration rapide se manifesta du côté de l'épididyme, mais la déférentite s'accusa et le canal déférent du côté gauche fut atteint à son tour. Le 13 novembre, l'épididyme gauche se tuméfiait légèrement, mais les choses rentrèrent rapidement dans l'ordre, et le malade, à peu près remis, songeait à nous demander son exeat quand, le 25 novembre, il accuse un peu de fièvre, et des douleurs vagues, plus accusées au niveau du genou droit et de la main gauche.

Deux jours après, il présentait une tuméfaction très-notable du dos de la main gauche, avec gêne et douleur des mouvements d'extension de la main sur le poignet. L'examen pratiqué dénote l'existence d'une synovite des tendons extenseurs et du tendon du long abducteur du pouce. Le gonflement est notable, la peau rouge, comme empâtée; les articulations de la main et du poignet paraissent indemnes.

Peu de retentissement du côté de l'état général; la température centrale ne dépasse pas 37,7.

La main du malade est immobilisée dans une gouttière et on pratique localement un peu de révulsion. Les jours suivants, l'amélioration s'accuse et, le 13 décembre, le malade quittait l'hôpital.

En résumé, nous avons donc eu affaire avec un cas de blennorrhagie compliquée de déférentite, d'épididymite et de rhumatisme, sous forme de synovite.

Parmi les complications de la blennorrhagie, l'épididymite figure incontestablement au premier rang par sa fréquence; ce n'est pas que cette fréquence soit très-facile à évaluer en chiffres et, pour s'en rendre compte, il n'y a qu'à parcourir les statistiques publiées par les différents auteurs: en ce qui concerne la clientèle hospitalière, alors que TARNOWSKI, sur plus de 5.000 blennorrhagies, ne note l'épididymite que dans 12,2 % des cas, ROLLET, sur 2.500 observations, arrive à un pourcentage de tout près de 28 %. Ces chiffres donnent assurément une idée infiniment exagérée de la fréquence de l'épididymite et témoignent simplement que ce sont surtout les blennorrhagiens affectés de chaudepisse compliquée qui demandent leur admission à l'hôpital ou qui, plus simplement, viennent réclamer une consultation dans une polyclinique hospitalière. Il est bien évident que l'immense majorité, ou se contente de traiter leur chaudepisse par le mépris, ou va demander des conseils dans la première officine venue.

Dans la clientèle de cabinet, le pourcentage est beaucoup moins élevé; c'est ainsi que BERGH donne le chiffre de 7,5 % des cas. Là encore, il existe une

évidente exagération: pour se rendre compte de la fréquence vraie de l'épididymite, je ferai appel à votre propre expérience: il me paraît indiscutable que la grande majorité des étudiants, au cours de leurs années d'études, paient au moins une fois leur tribut au gonocoque; or, interrogez vos souvenirs et vous verrez que, parmi vos camarades, sur tant de blennorrhagiens, l'immense majorité a échappé à l'épididymite.

On a accusé l'exercice musculaire, les marches, la danse, etc., etc., d'être dans la grande majorité des cas les causes de la complication épididymaire; cela est souvent vrai, mais il faut aussi savoir qu'avec la plus scrupuleuse hygiène, en portant dès le début des accidents uréthraux un suspensoir bien appliqué, on n'est pas sûr de se mettre à l'abri.

Notre malade a vu les premiers symptômes de sa complication apparaître une douzaine de jours après le début de sa chaudepisse; il s'est ainsi tenu dans la moyenne; les statistiques totalisées de plusieurs auteurs montrent en effet que, sur 1.015 cas d'épididymite, celle-ci s'est montrée 622 fois entre la deuxième et la cinquième semaine après l'infection. Mais cette complication peut être beaucoup plus précoce ou infiniment plus tardive.

BERGH a vu deux fois l'épididymite précéder l'écoulement et mon collègue PATOIR a rapporté une observation où la chaudepisse, tout-à-fait insignifiante, précéda de deux ou trois jours la complication.

Quant à la date extrême à laquelle une blennorrhagie, cliniquement mais non bactériologiquement guérie, peut encore donner lieu à une épididymite, il est difficile de préciser. Qu'il nous suffise de signaler les observations de FOURNIER dans lesquelles une chaudepisse latente depuis 2, 3, dans un cas même 7 ans, a pu occasionner la complication. C'est pour désigner ces séquelles à longue échéance qu'AUGAGNEUR proposait d'employer le terme de « Testicule blennorrhagique tardif. »

Si, dans bon nombre d'observations, l'intensité du processus blennorrhagique initial a paru une condition favorable aux complications épididymaires, on peut voir, comme dans les deux observations de PATOIR, une chaudepisse si bénigne, qu'elle était ignorée du porteur, se compliquer d'épididymite. On conçoit que le diagnostic risque de s'égarer dans ces conditions, et il faudra toujours pratiquer l'examen microscopique du suintement uréthral et, à son défaut, des

filaments qui seront chassés par le premier jet d'urine, après que l'on aura laissé se distendre la vessie par l'urine pendant toute une nuit.

Fréquemment, on note comme chez notre malade, que, au moment de l'apparition de la complication, l'écoulement tend, sinon à disparaître, du moins à devenir très sensiblement moins abondant. C'est même cette observation qui avait donné lieu à la conception des « métastases blennorrhagiques ». Quelle explication peut-on donner de ce fait ? Voici celle qui est fournie par H. WARD dans son rapport au congrès de 1900 : toute extension du processus gonorrhéique implique une prolifération microbienne et, par suite, une augmentation dans la quantité de toxines sécrétées ; quand l'infection envahit l'épididyme, il se produit de la part des toxines qui y sont sécrétées un appel chimiotactique qui fait affluer les leucocytes, d'où une véritable dérivation aux dépens, en quelque mesure, de l'urèthre.

Quant aux caractères cliniques de la fluxion épидидymaire, ils étaient parfaitement réalisés chez notre malade : scrotum tuméfié du côté malade, rougeur de la peau et chaleur à ce niveau ; à sa partie inférieure, le testicule est adjacent à une tumefaction dure, très sensible, en forme de cimier, tumefaction séparée de la glande elle-même par une sorte de sillon aisément appréciable.

Si l'on suivait la tumefaction de bas en haut, on voyait qu'elle rejoignait, au niveau de la tête de l'épididyme, une partie cylindrique dure, de la dimension d'un porte-plume, qui s'engageait dans le canal inguinal et qui n'était autre que le canal déférent. Au niveau du pli de l'aîne, le cylindre acquérait un volume plus considérable, si bien que l'on pouvait affirmer que l'inflammation s'était propagée aux autres éléments de cordon et que l'on avait à faire non plus seulement à de la déférentite, mais encore à de la funiculite.

Cette association est fréquente ; on devrait même supposer que, toujours, l'épididymite a dû être précédée de déférentite, puisque, dans l'infection ascendante partie de l'urèthre membraneux, l'agent infectieux a dû fatalement parcourir le canal déférent pour se fixer sur l'épididyme. On pourrait se demander si le canal déférent n'offre pas au gonocoque une résistance particulière, car il n'est pas douteux que, journellement, on voit des épидидymites qui ne s'accom-

pagent pas de déférentite et dans les deux tiers environ réunies par SIGMUND. On peut penser si le canal déférent ne pour inflammation légère sans que appréciable à cause de l'é canal.

Dans des observations rares le cordon seul était pris participait à l'inflammation ; celui d'un malade chez lequel pour tuberculose testiculaire qui, néanmoins, contracta un fut suivie d'une inflammation au-dessus du point de section.

Dans la majorité des cas une vaginalite facilement détumefaction très considérable dante. La quantité de liquide ciable que quand elle atteint grammes. Chez notre malade, y eût un épanchement dans l

Les phénomènes réactionnels la funiculite sont à la fois la fièvre est très variable et souvent 38°5 à 39°. J'ai eu peu de soigner, il y a quelques années, pour une épидидymite compliquée d'autre part, eut pendant qui oscilla autour de 40°. L'élévation de la température a été le séjour à l'hôpital.

Localement, ce que le malade ce sont des phénomènes douces assez variable dans son intensité, est parfois atroce. Dans les cas semble en rapport avec une tunique vaginale quand celle-ci est enflammée ; et il suffit alors de piquer avec une aiguille de Pravaz pour provoquer la réaction subite des manifestations surtout dans les premiers jours de la maladie. La douleur est la plus vive ; puis elle s'atténue et il suffit d'immobiliser le testicule par un bandage pour que le malade puisse reprendre ses occupations.

Dans la grande majorité des

unilatérale ; une fois sur 30, environ, d'après HARDY, l'autre côté se prend. Dans ces cas, les atteintes sont successives et presque jamais simultanées.

La gravité de l'épididymite double résulte surtout de ce fait que le testicule, séparé par les exsudats inflammatoires de ses voies normales d'excrétion, ne peut plus déverser au dehors le sperme élaboré ; et l'on conçoit que si la lésion est double, il pourra s'en suivre une infécondité complète. Dans une statistique empruntée à différents auteurs, FINGER note que, en réunissant de la sorte 85 cas d'épididymite double, on n'aurait pu constater le retour des spermatozoides que dans 9 cas seulement, les 76 autres ayant abouti à l'aspermatisme. Cette infécondité est-elle permanente et, à la longue, les voies oblitérées ne retrouvent-elles pas leur intégrité ? C'est vraisemblable pour un certain nombre de cas, et personnellement nous avons pu suivre un de nos camarades qui, s'étant marié dans l'année qui suivit une épididymite double, n'eut pas d'enfants pendant les trois premières années de son mariage et ne féconda sa femme que la quatrième année.

Le diagnostic de l'épididymite blennorrhagique est aisé dans la grande majorité des cas, surtout si l'on s'en tient aux caractères objectifs si particuliers de la lésion et si l'on ne se contente pas, pour éliminer le diagnostic, des dénégations du malade au point de vue des antécédents blennorrhagiques, antécédents qu'il a pu parfaitement oublier s'ils remontent à plusieurs années.

Quant au traitement, dans les cas peu intenses, comme chez notre malade, on pourra se contenter du repos au lit, de l'immobilisation des bourses et d'un peu de dérivation intestinale à l'aide de purgatifs salins. Dans les cas plus intenses, l'application de la glace, les badigeonnages gatacolés recommandés par BALZER, parfois une émission sanguine locale à l'aide d'une dizaine de sangsues placées non sur le scrotum, mais le long du trajet inguinal, soulageront très sensiblement le malade. Enfin, l'emploi d'analgésiques nervins, tels que l'antipyrine, pourra souvent rendre des services.

La seconde complication dont a été atteint notre malade, à savoir la synovite des gaines des tendons extenseurs de la main, est une manifestation qui ressortit à ce que l'on décrit sous le nom générique de « rhumatisme blennorrhagique ».

Les formes du rhumatisme blennorrhagique peu-

vent, en dehors de celle présentée par notre malade, affecter les modalités suivantes :

1° La forme polyarticulaire aiguë ; cette forme est celle qui a donné lieu aux discussions les plus vives sur la nature du rhumatisme blennorrhagique, discussions dont la plus célèbre fut celle soutenue à la Société médicale des Hôpitaux de Paris en 1866. On discutait surtout sur le point de savoir si la blennorrhagie était bien la cause immédiate du rhumatisme ou si elle ne mettait pas seulement en jeu une prédisposition au rhumatisme ; autrement dit, était-elle la cause efficiente ou la cause simplement provocatrice des arthropathies ? On devait discuter de longues années, et ce sont, en somme, les recherches microbiologiques qui ont donné sans conteste possible raison aux auteurs qui soutenaient la nature proprement blennorrhagique de l'affection.

Dans un certain nombre de cas, la distinction clinique n'est pas très aisée ; le plus souvent, le nombre des articulations atteintes est moindre dans le rhumatisme blennorrhagique ; la fièvre, moins vive, ne dépasse guère 39° ; les douleurs sont moins intenses ; les sueurs profuses, si frappantes dans le rhumatisme aigu franc, ne se montrent pas ; enfin, le sang n'offre pas le caractère si remarquablement couenneux sur lequel HAYEM et ses élèves ont insisté. Enfin, dernière pierre de touche, le salicylate de soude ne jouit pas vis-à-vis du rhumatisme blennorrhagique des puissantes qualités thérapeutiques qui l'ont élevé à la dignité de médicament spécifique du rhumatisme articulaire aigu.

Dans un certain nombre d'observations, on voit le rhumatisme blennorrhagique soit d'emblée, soit consécutivement, affecter une forme subaiguë, voire même chronique ;

2° Rhumatisme blennorrhagique mono-articulaire. Souvent, le genou est atteint. Dans quelques cas, on a vu la suppuration de l'article ; plus fréquemment, le passage à une forme chronique plastique, aboutissant parfois à une véritable ankylose fibreuse ;

3° La forme arthralgique, sur laquelle FOURNIER a surtout appelé l'attention ; il s'agit dans l'espèce de douleurs sans arthrite à proprement parler, douleurs tantôt fixes, tantôt mobiles et d'intensité variable ;

4° L'hydarthrose, qui se développe sournoisement, sans grands phénomènes réactionnels, a le genou pour siège de prédilection et amène, suivant la quantité du



liquide épanché dans l'article, une gêne plus ou moins grande ;

5° Enfin, la polyarthrite déformante progressive, ou pseudo-noueuse, siégeant de préférence dans les petites articulations et donnant volontiers aux doigts une déformation décrite par FOURNIER sous le nom expressif de « doigt en radis ».

Le rhumatisme blennorrhagique, dans ses diverses manifestations peut atteindre les malades à tout âge, et les femmes ne possèdent pas à son égard l'immunité que, pendant longtemps, on a cru leur reconnaître ; FOURNIER a insisté sur la nécessité, quand une arthropathie évolue chez la femme avec des caractères cliniques qui feraient soupçonner l'influence blennorrhagique, d'examiner de très près les localisations habituelles du gonocoque dans la sphère génitale, et, de la sorte, on le décèlera assez communément : chez la femme, le type monoarticulaire se rencontre fréquemment, et AUVERGNIOT, dans sa thèse, a pu en réunir 111 observations.

Chez l'enfant, la localisation de l'infection en dehors de la sphère génitale, dans les cas d'ophtalmie blennorrhagique, n'est pas un obstacle à l'évolution du rhumatisme blennorrhagique ; qu'il nous suffise de citer les deux observations de DEUTSCHMANN, qui montrent deux enfants âgés de quelques semaines être affectés de la sorte.

La fréquence du rhumatisme blennorrhagique par rapport au nombre total des blennorrhagiens est impossible à évaluer à raison des mêmes motifs que ceux que nous avons signalés à propos de l'épididymite ; aussi les chiffres donnés par différents auteurs n'ont-ils qu'une valeur relative : ils varient de un cas de rhumatisme pour 60 blennorrhagies (FOURNIER), à 10 pour cent (BOND).

Au point de vue de la prédisposition que les rhumatisants vrais offriraient à l'évolution des arthropathies blennorrhagiques, il ne semble pas que les observateurs récents confirment ce qu'avaient écrit leurs devanciers : c'est ainsi que JACQUET a, dit-il, soigné à l'hôpital Beaujon un malade entré pour un rhumatisme articulaire aigu franc. Cet homme en était à sa dix-septième atteinte ; il en avait une presque périodiquement tous les ans, d'octobre à janvier ; il n'y eut guère qu'une exception, pour une année, où, vers cette époque, il avait contracté une chaudépisse. MOREL-LAVALLÉE déclare de son côté que, quand des anciens rhumatisants vrais viennent à être atteints d'arthro-

pathies blennorrhagiques, il d'autres aux formes graves qu'es et ankylosantes, et p polyarticulaire bénigne diff

La date d'apparition du r que, par rapport au début de est fort variable : chez notr environ s'étaient écoulées. I assez certain que le rhu complique de préférence les que les cas récents », et po une observation dans laquel ans fut tout d'abord atteint des muscles extenseurs de l'uréthrite spécifique qui do festation n'apparut qu'au Dans un autre cas, BALZER fi une blennorrhagie par le ni même semaine, apparaît un tous les caractères de l'infec

Comment agit le gonoco rhumatisme blennorrhagiqu à tour le gonocoque lui-m microbes associés au gonococ a joui d'une grande faveur i JULLIEN déclarait en propre dermatologie en 1890 que : plus la nature gonococcique rhagique, mais on tend gène des microbes pyogènes son l'urèthre malade et vont i qu'il s'agit en un mot d'une

Une technique meilleure q riologiques a modifié les c admettre que, dans la gran bien le gonocoque directe ment lation malade qui occasionne toute récente statistique, Une de technique qui ont empêché tives, soit dans les articulat circulant.

En terminant, je désire ins fréquente des manifestation nouvelle blennorrhagie ; les breuses où l'on voit non seu encore s'aggraver les acri chaque récurrence. Bien mieux tisants blennorrhagiques,



oit, pour ramener immédiatement à rapporté l'observation de lequel l'exercice de la fonction manqualement suivi d'une des jointures, qui l'obligeait à

ra tout d'abord s'adresser à ses auteurs divergent du reste de la disparition de l'écoulement au de la manifestation rhumatis- professeur CARLIER, s'en est en de ses élèves, tandis que la disparition de la blennor- que peu d'importance.

e, nous l'avons déjà signalé, inefficace. L'antipyrine, les ment des jointures avec onction yle, pourront néanmoins être mercuriel qui a été préconisé e semble pas avoir tenu ses

le locale qui réalisera d'abord intures atteintes; les révulsifs res volants, de teinture d'iode, uées au thermo-cautère pour- indiscutables services.

ode aiguë sera passée, le mas- doux et progressifs rendront qu'elles avaient perdue.

## Médico-Chirurgicales

### re non compliquée

Professeur H. SURMONT.

thiase biliaire se fait 1) d'une découverte de cholélithes dans uverte soit fortuite, ce qui est consécutive à des recherches sur le conseil du médecin : seul et en particulier par l'exis- ques dans les cas nombreux où urde-robres, mal faite ou insuffi- infructueuse.

INIQUES. -- I. Avec ses dou- compagnées ou non de vomis- n des garde-robres et l'ictère

consécutif, la *colique hépatique classique* est la forme qui se rencontre le plus rarement dans la pratique.

1° L'absence d'ictère et la présence de modifications dans les caractères classiques de la douleur constituent les *coliques hépatiques frustes*. Elles se présentent sous forme de crampes d'estomac, survenant de deux à trois heures après le repas, suivant l'importance et la composition de celui-ci, et qu'il importe de différencier des crises de l'hyperchlorhydrie : elles se présentent encore sous la forme plus atténuée de douleurs sourdes avec exacerbations après les repas, difficiles à définir pour le patient, ayant leur siège, soit au niveau de la vésicule (point cystique), soit au niveau de l'épaule droite (point scapulaire). Ces douleurs sont remarquables par leur répétition désespérante, qui les rend presque continues d'apparence. Leur diagnostic est facile quand on les observe chez des malades ayant eu antérieurement des crises typiques, très difficile dans les autres cas. Chez les vieillards, la douleur peut disparaître complètement et l'accès se borner à un frisson et à quelques heures de fièvre.

La colique hépatique peut être fruste par suite de l'absence seule de l'ictère chez des sujets chez lesquels la douleur est au reste atténuée, moyenne ou excessive. Il en est ainsi particulièrement dans la forme vésiculaire, dans laquelle les calculs retombent dans la vésicule après un essai infructueux de mobilisation, sans avoir pu obstruer le cholédoque; d'où absence de décoloration des selles et d'ictère notable. Ces douleurs vésiculaires intenses ont le privilège d'éveiller facilement les réactions organiques à distance et particulièrement les crises hystériques.

III. Les crises hépatiques peuvent, par leur répétition, devenir subintrantes et constituer un véritable *état de mal hépatique*, que l'on peut voir se pro- plusieurs mois.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES actuelle, la lithiase biliaire doit être co la conséquence d'un catarrhe litho- biliaires, particulièrement fréquent ch vidus dits arthritiques, qui sont, en l'es- posés à l'infection biliaire (cholémie si ce catarrhe est consécutif à une infec d'origine intestinale.

Une fois la lithiase constituée, le trai- doit se proposer : 1° d'expulser si possib formés; 2° d'en empêcher la reprodu- temps, d'obvier aux accidents qui sont habituelle des migrations calculeuses, et coliques hépatiques.

Toutefois, il importe, dans le traiteme

simple, de se rappeler, avant toute intervention thérapeutique, combien souvent la lithiase biliaire est latente (1), c'est-à-dire supportée sans réaction pathologique aucune : en conséquence, pour proportionner l'effort thérapeutique au but à atteindre, il ne faut pas vouloir, envers et contre tout, débarrasser les gens de calculs qui ne les gênent pas ; recommandation d'autant plus importante qu'une thérapeutique intempestive provoque souvent l'apparition de coliques hépatiques dont les patients sont rarement reconnaissants à leur médecin. D'autre part, il faut se rappeler que la lithiase biliaire est une affection avant tout locale et, par conséquent, quand le malade veut être guéri d'une façon radicale ou quand l'intensité des symptômes l'exige, il faut avoir recours au traitement local, seul efficace, c'est-à-dire à l'intervention chirurgicale.

D'ordinaire, le médecin est appelé au moment d'une colique hépatique : il doit donc intervenir d'abord pour calmer celle-ci, ensuite pour en prévenir le retour.

### Colique hépatique

**TRAITEMENT.** — Les indications à remplir sont : 1) d'abord, de calmer les douleurs ; 2) de calmer le spasme des voies biliaires ; 3) d'expulser, si possible, le calcul en cause.

**Calmer la douleur.** — Pour calmer la douleur, on aura recours à des moyens dont l'énergie sera proportionnée à l'intensité de la douleur elle-même.

a) *Douleurs peu accusées.* — Contre les douleurs peu accusées, on utilisera le **sirop d'éther**, à prendre par demi-cuillerée à café ou par cuillerée à café, dans un peu d'eau, toutes les deux heures : le **remède de Durande**, autrefois très en vogue (essence de térébenthine, 10 grammes ; éther, 15 grammes), qui se prend, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, soit liquide, soit plus commodément sous forme de perles de térébenthine et d'éther, qui sont ingérées à la dose de 6 à 12 par jour, deux perles à la fois, l'une de térébenthine, l'autre d'éther : un mélange à parties égales de sirop d'éther et sirop de morphine ; l'**antipyrine** et le **salophène** en cachets d'un gramme ; enfin, de la **morphine** pure sous forme de gouttes blanches.

b) *Douleurs avec vomissements.* — Si les douleurs sont plus intenses et s'il y a des vomissements, il faut avoir recours, sans hésiter, à des médications plus énergiques et à la voie sous-cutanée. La **morphine** et l'**atropine** se disputent les faveurs du corps médical et les malades qui se déclarent plus satisfaits, les uns du premier médicament, les autres du second. Dans le doute, il est bon de se servir toujours d'une solution d'atropo-morphine :

Sulfate d'atropine . . . . .	0 gr.
Chlorhydrate de morphine . . . . .	0 gr.
Eau distillée bouillie . . . . .	10 gr.

Solution pour injections hypodermiques, stérilise, à large goulot ; y ajouter un morcea

On commencera par injecter un centigramme de cette solution, soit un centigramme de demi-milligramme d'atropine. On peut doubler la dose d'atropine contenue

Si, comme il arrive fréquemment, on a affaire à un malade âgé, et dont chaque est affaiblie, on fera précéder l'i et surtout de morphine d'une injection camphrée.

Il est capital, dans la douleur hépatique, de laisser la douleur atteindre une acuité : un recours immédiatement aux moyens de soulagement semble bien être ainsi écourtée et les complications secondaires évitées en partie.

On peut adjoindre aux médicaments **applications topiques sédatives** : compresses froides, cataplasmes, ouatoplasme tièdes, arrosés ou non de laudanum. Les grands bains ne paraissent inutiles. Les grands bains rendent de grands services.

γ) *Paroxysmes très douloureux.* — Dans les paroxysmes douloureux sont tels que l'atropine se montrent impuissantes, on est obligé d'avoir recours d'une façon à des inhalations de **bromure d'éthyle**, **chloroforme**.

**Calmer le spasme des voies biliaires.** — Dans les spasmes des voies biliaires, qui s'oppose à l'écoulement du calcul migrateur, est la seconde indication.

On y répond d'abord par l'emploi de calmants, cités plus haut, qui sont en fait des antispasmodiques : ensuite, en évitant la contraction des voies biliaires. Il faut donc éviter les laxatifs et les purgatifs qui ont pour résultat de déterminer une spasmophilie des voies biliaires. S'il est nécessaire une évacuation de l'intestin, on se contera à des lavements simples ou additionnés de décoction de graines de lin.

L'alimentation aussi doit être surveillée. D'ordinaire, les coliques hépatiques surviennent trois heures après les repas, au moment même de la phase biliaire digestive. Il faut donc, en cas de colique hépatique, laisser le malade à jeun, pendant quelque temps, et lui faire prendre des aliments très légers, aussi peu excitants que possible et de la manière la moins excitante.

(1) D'après Naunyn, un dixième des hommes et un quart des femmes arrivant à la vieillesse sont atteints de lithiase biliaire.

recours à la méthode des petits resque continus.

premier lieu, du lait écrémé coupé t écrémé pur. Les eaux auxquelles recours au premier moment sont illie ou stérilisée quand elle est x faiblement minéralisées d'Evian, e Vittel (Grande Source). les eaux chy, de Vals, doivent être réservées sont en même temps hyperchlorhy- ombreux.

: doit être absolument complet chez comme tous les hépatiques, digè-. La façon de prendre le lait a aussi sidérable. Pour éviter les gros flux les gros repas : par conséquent, le asses à thé prises à petites gorgées, pprochés, par exemple toutes les ites. Quand on passera au lait pur, litionner d'abord d'eau de chaux, tion de gros caillots de caséine dans au lit doit être conseillé comme s précédents.

s complet au lit, applications tièdes entre, injection pas trop différée alimentation très légère, en tous nts tièdes en cas de besoin, telle est a premier moment.

— Une fois la crise de coliques pas- lement d'expulser le ou les calculs és au paragraphe suivant.

### **lithiase biliaire**

on sait que les substances qui se , capables de dissoudre les calculs, térébenthine, l'éther amy-valéria- t incapables de le faire « in vivo » ; à essayer d'expulser les calculs pro-

ogues doit au reste être interprétée l'est d'ordinaire. Ils arrivent rare- suffisamment la sécrétion biliaire ue de penser que le liquide hyper- ser devant lui les calculs obstruc- ypersécrétion biliaire, en réguli- e, débarrasse les voies biliaires des nt envahies, fait rétrograder le et diminuer le spasme consécutif alision, soit la tolérance des calculs ; s la crise, la médication s'oppose à ar conséquent, à des réinfections ilité dans les périodes intercalaires.

**TRAITEMENT.** — Le traitement intercalaire aux accès de colique hépatique, ou traitement de la lithiase biliaire, est à la fois médicamenteux, diététique et hydrominéral. Il peut être aussi chirurgical.

**TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX.** — Les cholagogues auxquels on a recours d'ordinaire après la crise sont assez nombreux. Nous ne citerons que ceux dont l'efficacité nous est personnellement démontrée.

α) Prise le matin à la dose d'un verre à bordeaux, et continuée plusieurs jours de suite, l'huile d'olive jouit d'une grande réputation. Son mode d'action est encore mal expliqué : les amas de graisses neutres et d'acides gras qu'on retrouve dans les selles après son usage ne doivent pas être pris pour des calculs en voie de dissolution. Mais il ne faut pas nier la possibilité d'un mécanisme de ce genre dans le tubé digestif. Naunyn, faisant ingérer à un individu sain un mélange de charbon et de calculs de cholestérine broyés, ne retrouve que le charbon dans les selles.

β) Si le malade éprouve trop de répugnance à prendre l'huile d'olives, on peut la remplacer par de la glycérine prise chaque matin à la dose de 30 grammes.

γ) L'extrait de fiel de bœuf ingéré sous forme de pilules de dix centigrammes s'élimine par les voies biliaires, ramenant une hypersécrétion biliaire que l'on peut qualifier de physiologique. L'essentiel pour obtenir un bon résultat est, en pratique, de l'utiliser frais, les extraits ayant vieilli en droguerie ou dans les officines étant souvent inertes. Le meilleur moyen, surtout à la campagne, paraît être de s'adresser à des spécialités dont la vogue est due uniquement à la fraîcheur des produits employés. Il en existe dans le Nord plusieurs qui sont tout à fait recommandables.

Les pilules d'extrait de fiel de bœuf se prennent à la dose de trois à six par jour, une ou deux avant chaque repas. Il est inutile de dépasser ces doses avec les extraits actifs. Quand on les dépasse, on observe parfois du malaise stomacal et des nausées. Le médicament peut être continué quinze à vingt jours ; il doit être pris quinze à vingt minutes avant les repas, dans un verre d'eau de Vittel (source salée), d'Evian ou de Vichy.

δ) L'hypersécrétion biliaire déterminée par l'extrait de fiel de bœuf donne un liquide qui est expérimentalement et cliniquement très épais, en particulier grâce à la grande quantité de pigments qu'il contient. Pour éviter cet ennui, on peut avoir recours au salicylate de soude, dont l'action cholagogue est hors de doute et qui donne une bile beaucoup plus fluide. Une formule dont l'emploi nous a donné toute satisfaction est la suivante :

Salicylate de soude . . . . .	10 gr.
Phosphoglycérate de soude . . . . .	50 gr.
Sirop de quinquina . . . . .	150 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères . . . . .	150 gr.

à prendre par cuillerées à soupe avant les repas, dans un peu d'eau de Vittel ou de Vichy. Une cuillerée à soupe contient environ 0 gr. 50 de glycérophosphate de soude et 0 gr. 75 de salicylate de soude.

L'addition de glycérophosphate de soude est très avantageuse, étant donnée la dépression nerveuse habituelle chez les lithiasiques qui sortent d'une crise.

Quand on veut, à l'action névrotique, ajouter une action eupeptique et légèrement laxative, on peut remplacer le glycérophosphate de soude par le phosphate de soude.

Enfin, chez les neurasthéniques, qui sont très sensibles à l'action déprimante du salicylate de soude, ou se plaignent amèrement de bourdonnements d'oreilles, on peut remplacer le salicylate de soude par le salol, qui est souvent mieux supporté :

Salol ..... 0 gr. 50  
Glycérophosphate de chaux ..... 0 gr. 50

Qu'on utilise l'extrait de fiel de bœuf ou la médication salicylée, l'essentiel est de prolonger la cure pendant des mois. La méthode la meilleure consiste à faire des médications d'une dizaine de jours, séparée par des repos de huit à quinze jours, selon les cas.

On peut encore utiliser avec succès les perles d'huile de Harlem prises, le soir, à la dose d'une ou deux, un jour chaque semaine. Cette médication, recommandée par M. Chauffard, m'a donné plusieurs fois de bons résultats (1).

**TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE.** — L'hygiène alimentaire a une importance considérable chez les lithiasiques, soit qu'on regarde la lithiase comme facilitée par les altérations de la nutrition générale, soit qu'on la considère comme une infection ascendante des voies biliaires. Les règles alimentaires que l'observation médicale traditionnelle montre utiles à observer chez les lithiasiques trouvent leur action expliquée par l'hypothèse du ralentissement de la nutrition, mais mieux encore, à notre avis, par le fait de l'aseptisation relative des voies intestinales qu'elles déterminent et, partant, par la diminution des chances d'infection biliaire qui en résulte.

**Ce qu'il faut permettre.** — Une fois la période douloureuse passée, on ajoutera progressivement au lait écrémé, les soupes au lait, aux farines de riz, d'orge, d'avoine, au tapioca, au vermicelle; les œufs, qu'il ne faut pas interdire aux lithiasiques malgré leur teneur en matières grasses et en cholestérine, mais dont il ne faut pas faire abus; les fruits cuits et même crus, sauf la groseille, le citron, les oranges insuffisamment mûres; quelques jours plus tard, on permettra la viande blanche (veau, poulet, dindonneau), soit rôtie, soit bouillie ou à la sauce blanche; le lapin rôti, la sole, le merlan, la

truite, de préférence bouillie et purées de légumineuses, de l'au lait, les gâteaux secs. On ter le bœuf, rôtis ou grillés; la ba bouillis; le jambon maigre, la beurre frais sur le pain, le fro commencera par permettre ce tité et distribués en cinq peti enfin, on permettra les trois douleurs hépatiques auront co

**Ce qu'il faut proscrire.** — tement de l'alimentation habit les aliments ou trop gras ou particulier, le gibier, la charc crustacés, les fritures, les sa poissons gras ou conservés à l de veau; parmi les légumes: épinards, les asperges. Les cor être évités aussi.

La question de la boisson chez les lithiasiques. La meille chez eux l'eau pure, ou les e d'Evian, de Vittel (Grande Sou lon), Martigny. Chez les dys avantage à conseiller Pougues-façon passagère, les eaux alcal Vals.

Chez ceux qui ont bon es l'addition d'un peu de vin de l'usage des bières, surtout de du Rhin, quelquefois recomma du Bourgogne, des liqueurs, l'

**TRAITEMENT HYGIÉNIQUE** tipation et la combattre au b rement cholagogues tels que l phyllin.

Au point de vue de l'hygiè seiller le repos au lithiasique s coliques, il faut, au contraire, troublées, lui recommander la et les exercices quotidiens mo marche, la bicyclette plutôt q tique suédoise plutôt que la g remplissent au mieux l'indica

L'hydrothérapie sous form ou écossaises plutôt que froide alcoolisées rendent également

Enfin, on évitera la constri trine et de la taille par le cor ceinture chez l'homme, con l'infection biliaire en amena sécrétion.

(1) D'après le formulaire de Bouchardat, les perles de Harlem contiennent chacune 0 gr. 20 du mélange à parties égales d'huile pyrogénée de genévrier et d'huile pyrogénée de bois de laurier.

Il est entendu qu'on redoublera de précautions chez les femmes que la grossesse, l'allaitement, chez les hommes et chez les femmes, que la convalescence de la fièvre typhoïde ou une infection gastro-intestinale récente prédisposent à l'infection biliaire.

**CURES HYDRO-MINÉRALES.** — Depuis très longtemps les cures thermales ont parmi les médecins et le grand public la réputation méritée d'être au nombre des moyens de guérison les plus actifs. Leur mode d'action est encore mal élucidé, mais la réalité de leurs bienfaits est indiscutable. A **Vichy**, à **Vals**, on enverra sans hésitation un grand nombre de lithiasiques, et surtout ceux dont l'état général est résistant, les goutteux, les obèses, les grands mangeurs, de préférence ceux qui ne sont pas constipés. A **Chatel-Guyon**, à **Brides**, on enverra de même les individus robustes des catégories précédentes, mais de préférence les constipés. Pour tenir compte des préférences de certains malades pour telle ou telle station, il faut se rappeler qu'avec des précautions, ces cures peuvent s'équivaloir, jusqu'à un certain point; par exemple, la cure de Vichy avec addition de sulfate de soude, telle que la prescrivent un certain nombre de médecins de Vichy, peut remplacer jusqu'à un certain point la cure de Chatel-Guyon ou de Brides. On réservera **Evian**, **Vittel**, **Contrexéville**, pour les malades chez lesquels on redouterait une cure alcaline intense et dont le système vasculaire par ailleurs peut supporter sans encombre les variations de pression, passagères mais considérables, que détermine l'absorption rapide des grandes quantités d'eau pratiquées dans ces stations.

Le moment à choisir pour l'envoi des malades n'est pas indifférent. Il faut savoir que ces cures thermales agissent souvent en déterminant, vers le huitième ou le dixième jour, une crise de coliques hépatiques, résultat et témoin de leur action. En règle générale, **il ne faut pas envoyer aux sources des malades encore fatigués par des crises prolongées** et attendre, au contraire, une période d'accalmie qui leur ait permis de refaire leurs forces et de supporter sans encombre la fatigue inhérente à la cure thermale.

**TRAITEMENT CHIRURGICAL.** — Dans la lithiasie biliaire simple, le traitement opératoire par la **cholécystotomie** ou la **cholécystectomie** est indiqué seulement dans les cas où l'acuité des douleurs ou la répétition des crises (état de mal hépatique) atteignent un degré inusité. La bénignité actuelle des opérations, dans les conditions envisagées ici, devrait les faire pratiquer plus souvent qu'elle ne le sont, particulièrement chez les malades qui ne peuvent, de par leur condition sociale, se soumettre à la cure de repos, à la diététique et à l'hygiène générale conseillées plus haut et dont l'action bienfaisante est si manifeste.

## Analyses de Travaux français et étrangers

**Le cancer primitif du canal hépatique**, par L. INGELRANS, chef de clinique à la Faculté de Lille. — *Archives générales de médecine*, 1<sup>er</sup> septembre 1902.

Notre collaborateur, le Dr INGELRANS, ayant pu faire l'autopsie d'une malade atteinte de cancer primitif du canal hépatique, publiée à cette occasion l'important travail d'ensemble que nous signalons ici. C'est un mémoire d'environ soixante pages où l'on trouvera d'abord la relation des seize observations connues de cette localisation du cancer; la plupart d'entre elles sont traduites de l'allemand. A l'aide de ces données, l'auteur a établi une monographie dont nous ne pouvons faire ici l'analyse complète. Les principaux chapitres comprennent l'histoire du sujet, l'étiologie du cancer du canal hépatique avec des considérations sur le sexe, l'âge et les antécédents des malades. Vient ensuite l'anatomie pathologique (siège de la tumeur, extension de voisinage, état des organes voisins, histologie, état des canaux biliaires en ar. ont, état de la vésicule et du foie, infections secondaires, etc.).

L'évolution clinique est alors exposée en détail. Après l'indication du mode de début, on trouve des indications sur l'ictère, l'anorexie, l'état des fèces, de l'urine, du sang, l'examen de l'organe hépatique, les modes de terminaison de la maladie, ses formes et son traitement.

Le diagnostic constitue un point tout à fait capital dans l'histoire de ce cancer. Le médecin est en face d'un ictère chronique par rétention. Voici textuellement ce qu'écrit M. INGELRANS concernant les grandes lignes du diagnostic différentiel :

« 1<sup>o</sup> L'ictère catarrhal prolongé peut persister cinq mois et plus. Mais une durée un peu plus longue n'a jamais été observée, tandis que la durée moyenne du cancer dont nous parlons atteint environ neuf mois. C'est un écart considérable. Etant donné pourtant que dans l'ictère catarrhal prolongé, le foie peut devenir très volumineux et la rate se tuméfier, on voit que l'erreur n'est pas impossible.

Toutefois, l'ictère catarrhal offrira des variations d'intensité qu'on ne retrouvera guère ici, des rémissions suivies de poussées nouvelles, avec modifications parallèles de la teinte des matières fécales, qui ne sont pas du fait du cancer ;

2<sup>o</sup> L'obstruction calculieuse du cholédoque est une sérieuse pierre d'achoppement pour le diagnostic. En effet, si, le plus souvent, en cas de lithiasie, le malade se présente après une série d'attaques de coliques hépatiques, il peut n'en avoir eu qu'une seule ou même pas du tout. L'intensité de l'ictère est la même que dans notre cancer ; les démangeaisons sont les mêmes, également la cholurie et la diminution du taux de l'urée. Au début, le foie est hypertrophié et l'organe est lisse et régulier. En cas d'infection biliaire, la splénomégalie apparaît. Si le chirurgien n'intervient pas, la mort est quasi fatale et, dans des conditions analogues à celles que présentent les cancéreux dont il

est ici question. La vésicule est atrophiée, suivant la loi de COURVOISIER TERRIER ; si, par exception à cette loi, elle est distendue, cela ne peut suffire au diagnostic, puisqu'elle peut l'être également lors d'obstruction néoplasique du canal hépatique.

Un bon signe différentiel, non constant, mais fréquent, existe néanmoins : il est constitué par la variabilité de l'ictère dans l'obstruction calculuse. Dans ce dernier exemple, la jaunisse augmente et décroît par périodes et la décoloration des fèces est, comme cette jaunisse, intermittente. On admet qu'à certains moments le passage de la bile est plus gêné, soit par gonflement muqueux autour du calcul, soit par arrêt d'une bile épaissie entre le calcul et la paroi du canal. Cette constatation fait défaut quand un cancer obstrue absolument le canal hépatique. Il faut ajouter que, dans l'obstruction calculuse, le foie ne subit jamais un accroissement de volume très notable et qu'il n'y a point d'ascite. Malgré tout, et notre cas en témoigne, la confusion entre les deux affections est très aisée, car, dans le cancer du canal hépatique, ascite et hypertrophie du foie venant à manquer, on a le droit d'hésiter sans savoir dans quelle direction se porter. L'absence de variabilité de l'ictère serait l'unique caractère différentiel, et on comprendra que ce signe négatif n'est véritablement point toujours suffisant. Ajoutons que, d'après HAYEM, dans le cancer, il y a hypopépsie et, dans la lithiase biliaire, hyperchlorhydrie ;

3° Le cancer de la tête du pancréas crée, lui aussi, un ictère chronique progressif et continu, avec amaigrissement, cachexie rapide, dégoût pour les matières grasses. La tumeur pancréatique n'est pas perceptible à la palpation dans les quatre cinquièmes des cas. Dans la règle, la vésicule est grosse : mais PAVIOT l'a rencontrée normale. En outre, on a vu assez que la vésicule est parfois distendue dans le cancer du canal hépatique, et la distension ne peut constituer qu'une probabilité en faveur de la lésion du pancréas. Dans cette dernière hypothèse, dirait-on, le foie sera atrophié. Ce n'est pas obligatoire, à beaucoup près (COCHEZ, MOUTARD-MARTIN, CHOUPIIN et MOLLE, RAMOZ, CARON), et même, pour MIRALLIÉ, dans le cancer du pancréas, le foie passerait par un premier stade d'hypertrophie avant de diminuer de volume.

La stéarrhée d'origine pancréatique peut également relever de la suppression de l'arrivée de la bile dans l'intestin ; la glycosurie n'est point constante dans les néoplasmes du pancréas et l'épreuve du salol peut être négative. On voit à quelles difficultés on peut se heurter ; assurément, on rencontrera des cancers du pancréas où le diagnostic s'imposera, mais que de fois le doute sera de mise, vu l'absence d'un signe de réelle valeur !

4° Le cancer du foie, dans sa forme massive, ne s'accompagne pas d'ictère et ne peut, par conséquent, prêter à confusion. Mais le cancer nodulaire produit un ictère chronique dans les deux tiers des cas. L'ascite, la douleur, la cachexie, l'anorexie, les altérations digestives pourraient alors en imposer au médecin si l'hypertrophie rapide du foie, qui s'accroît à vue d'œil, et surtout

sa déformation, qui le fait apparaître comme ne venaient redresser rapidement un d'ordinaire ;

5° La maladie de HANOT peut, à la rigueur, décoloration des selles ; d'autre part, le peut, comme on l'a vu, évoluer avec constance des fèces. De là une importante cause d'erreur a été commise, et c'est surtout au sujet du diagnostic qu'on peut établir une forme de cancer simulant la cirrhose hypertrophique avec peut être réuni pour tromper l'observateur mégalie ; nous l'avons indiqué, et on s'en rend encore à la lecture des observations. Il faut que le diagnostic est absolument impossible, et puisse alors présenter quelque valeur, c'est de la maladie de HANOT ;

6° Le cancer du canal cholédoque a en moyenne dix-huit la dilatation de la vésicule. Le fait cette hypertrophie, jointe à l'état de la vésicule, un cancer, doit faire pencher plutôt du côté du cholédoque que vers celui du pancréas ; VATER ; mais, comme le gros foie se trouve dans le cancer du canal hépatique et que, même, peut être distendue, si ces signes se rendent de chances d'avoir affaire à un cancer de l'hépatique ; on ne pourra point en acquiescer ;

7° Les néoplasmes de la vésicule biliaire, le type biliaire (MORIN), provoquent un ictère et l'obstruction des canaux hépatique ou cholédoque ; soit quelquefois la vésicule comme une tumeur, n'a pas en mains cependant de quoi se distinguer certaine à la maladie qu'on observe ;

8° Le cancer du confluent cholédoco-hépatique a publié dix-sept observations, entraîne, dans des cas, la dilatation de la vésicule. C'est le cas de parvenir dans la vésicule. Au cas où la vésicule dilatée, on aurait de ce fait à éliminer, du moins de mettre au second plan le canal hépatique. Quant à un diagnostic inutile de chercher à l'établir par rapport à la tumeur ;

9° Le cancer de l'ampoule de VATER présente une notable variabilité. Ce symptôme important de constance absolue. Existait-il qu'il fallait éliminer le cancer du canal hépatique, la localisation, BESANÇON signale une jaunisse ;

Nous bornons ici cette citation. On s'aperçoit par ces quelques lignes de l'importance qu'a la connaissance du cancer hépatique dans le diagnostic du foie. Le travail de M. INGELBANS sur cette question peu étudiée jusqu'ici : c'est pourquoi nous devons en donner une idée succincte à

## MOTS DE LA FIN

## A UNE AUDITION DU PÉTOMANE.

- Cette exhibition me dégoûte,
- C'est pourtant du Bach.
- Comment du Bach ?
- Mais oui, du Bach anal.

(Lyon Médical).

## NOUVELLES &amp; INFORMATIONS

## UNIVERSITÉ DE LILLE

Une souscription est ouverte dans les milieux médicaux pour élever, à Munich, un monument à la mémoire de PETTENKOFER, le génial hygiéniste. Sous la présidence de M. VON ZITTEL, président de l'Académie des Sciences de Bavière, un Comité s'est constitué qui adresse un appel aux médecins. Ceux de nos lecteurs, qui voudraient contribuer à célébrer le nom de ce bienfaiteur de l'humanité, pourront adresser leur souscription à M. WERTHEIMER, professeur de physiologie à la Faculté, qui accepte d'en recueillir le montant.

— La Commission des hospices, sur les propositions de sa sous-Commission, composée de MM. DEBIERRE, HOUDOY, COMBEMALE, a attribué ainsi qu'il suit les dix prix de cent francs l'un, destinés à récompenser les externes dont l'assiduité, le zèle et les qualités personnelles ont été remarqués par leurs chefs dans le cours de l'année.

Ont été nommés titulaires de ces prix : MM. CAUDRON, COPPENS, DESCARPENTRIES, GUGELOT, LOOTEN, MAGUIN, OËRS, POITEAU, TACONNET, THIRION.

— Sont nommés pour un an à dater du 1<sup>er</sup> novembre, boursiers par la Faculté de médecine de Lille : MM. GUGELOT, étudiant de 3<sup>e</sup> année ; DANCOURT, étudiant de 5<sup>e</sup> année.

## Distinctions Honorifiques

**Légion d'Honneur.** — Sont promus *Officier* : M. le docteur QUIVOGNE, médecin principal de 2<sup>e</sup> classe de la marine ; *Chevaliers* : MM. les docteurs BOUCHER, médecin de 1<sup>re</sup> classe de réserve de la marine ; FOUSSE, premier maître infirmier de la marine.

**Instruction publique.** — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs CHASTENAY, de Puteaux (Seine) ; BOUVERET, SPIRA, de Paris ; POLLOSSON, SAMBUE, VINAY, de Lyon ; *Officiers d'académie* : MM. les docteurs AUBERT, BÉRAUD, CAUSSE, FABRE, MAYET, PIC, NOVÉ-JOSSERAND, TELLIER, de Lyon ; DUPUY, HOCHET, MUSY, de Paris ; PASSERAT, de Bourg (Ain) ; BOUIN, STERNE, de Nancy ; FOURRIER, de Briey (Meurthe-et-Moselle).

## UNIVERSITÉS DE PROVINCE

**Amiens.** — M. le docteur MOULONGUET, professeur de pathologie externe et médecine opératoire, est nommé directeur, pour trois ans, de l'Ecole de médecine et de pharmacie.

**Lyon.** — Un congé d'un an, à dater du 1<sup>er</sup> janvier 1903, est accordé sur sa demande à M. le docteur BARD, professeur de clinique médicale.

**Nantes.** — M. le docteur GUILBAUD est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales.

— M. le docteur BUREAU est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie pathologique et de bactériologie.

**Clermont-Ferrand.** — M. le docteur DIEULAFFÉ, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, pour l'année 1902-1903, du cours d'anatomie.

## Notre Carnet

M. le docteur BRUNEAU, de Houdain (Pas-de-Calais, nous fait part de la naissance de son fils Louis. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

— M. le docteur DUBOIS est délégué, pour le même temps, dans les fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

## Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs CARAYON, médecin-major de 1<sup>re</sup> classe en retraite à Montrond (Loire) ; NADAUD, de Saint-Barthélemy (Dordogne) ; Alphonse TISSOT, de Chambéry (Savoie).

DELANNOY, d'Hautmont. Nous adressons à la famille de notre confrère nos bien vives condoléances.

## OUVRAGES REÇUS

— Un cas de tumeur maligne de la cloison nasale, par le docteur TRÉTARD, Anvers, Buschmann, 1902.

— Les complications oculo-orbitaires des sinusites, par le professeur de LAPERRONNE, extrait des *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, 1902.

— La cure de pommes de terre dans les diabètes sucrés et les complications diabétiques, par le professeur MOEST, extrait de la *Revue de médecine*, 1902.

— Un nouveau cas d'otomycose, par le docteur TRÉTARD, Anvers, Buschmann, 1902.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES.** — L'*Emulsion Marchais* est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration. De 3 à 6 cuillerées à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.

D<sup>r</sup> Ferrand. — *Traité de méd.*RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX  
NEUROSINE PRUNIER

(Phospho-Glycerate de Chaux pur)



# L'ÉCHO MÉDIC

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de M.

MM. Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; Auzet, professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique; Barrois, professeur de parasitologie; Bédart, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur; Carlier, professeur de pathologie externe; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; Deléarde, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Dubar, professeur de clinique chirurgicale; Folet, professeur de clinique chirurgicale.

MM. Gaudier, professeur agrégé; G de laboratoire à l'Institut Pasteur l'Asile d'aliénés d'Armentières; De de clinique ophtalmologique à Paris; Manouvriez (de Valenciennes) pendant de l'Académie de médecine, agrégé du Val-de-Grâce; C chargé d'un cours d'accouchements de pathologie interne et expérimentale; agrégé, chargé du cours de parasitologie.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs :

INGELRANS, chef de clinique médicale; POTEL, ex-chef de clinique chirurgie.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de l'

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sans avis contraire. — Chaque changement d'adresse

### SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Quelques considérations sur les fistules dentaire, par le docteur Caumartin. — Analyses Bibliographiques. — Variétés et Anecdotes. — Nouvelles et Informations. — Bibliographie. — Statistique. — Table alphabétique des matières.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Quelques considérations sur les fistules d'origine dentaire

Par le docteur Caumartin

Les fistules, muqueuses ou cutanées, d'origine dentaire, sont extrêmement fréquentes. Nous avons eu l'occasion d'en observer des cas très nombreux à la clinique de l'hôpital Saint-Sauveur ou en ville.

Tous ces cas ont entre eux une grande analogie; nous n'en rapporterons que deux observations, qui sont les deux principaux types et nous permettront de faire quelques réflexions sur ce sujet.

**OBSERVATION I.** — *Fistule gingivale due à une incisive latérale inférieure gauche. Guérison par le traitement antiseptique.* — M. D..., 48 ans, étudiant, vient pour la première fois, le 20 juin 1900. Depuis deux ans, il porte une petite fistule gingivale qui siège au niveau d'une incisive inférieure, un peu à gauche de la ligne médiane.

Cette fistule, apparue sans grande douleur, après une légère fluxion, n'attira d'abord que fort peu son attention. Un peu plus tard, pendant la préparation d'un examen, les incisives deviennent sensibles à la pression, la fistule sécrète plus abondamment; une sensation pénible de tension, l'ébranlement des incisives gênent la mastication. Un

dentiste, consulté, fait sans succès trajet au crayon de nitrate d'argent.

L'examen passé, la poussée aiguë que la petite fistule qui existait auparavant.

A deux reprises nouvelles, le même Le 20 juin 1900, le malade vient un examen en juillet, et, depuis qu'il l'examine, les dents deviennent sensibles, abondamment.

Son dentiste lui a proposé de lui et la canine gauche, qui sont ébranlés.

L'orifice de la fistule est petit, enflammatoire; il en sort une goutte.

Un stylet, introduit par l'orifice fistuleux, surface osseuse dénudée, non sensible au pincement, à l'interstice des deux incisives.

Les dents ont leur aspect normal, une douleur égale et un son identiques sur la canine; la mobilité des trois dents. A la lumière électrique, la canine gauche paraît moins transparente; s'il existe une fissure à l'émail et je triturante usée de cette incisive, un tant exactement une sonde à canule poussée jusqu'à l'apex sans provoquer et ramène une odeur caractéristique.

Quelques mèches sont passées dans la fistule, puis imbibées de créosote; élargi à la fraise, je place une mèche de créosote; avec un peu de caoutchouc fouloir, je l'enfonce: le liquide passe.

Une mèche créosotée est laissée en place d'une obturation à la gutta.

Le 25 juin, la suppuration a disparu; suppression de la mèche créosotée.

Le 4 juillet, tout est absolument guéri, la fistule est guérie, les dents se sont devenues insensibles. Obturation en gutta.

Depuis, le patient a passé ses examens et persisté absolument complète.

**OBSERVATION IV.** — *Fistule cutanée*



*mière molaire inférieure droite. — Extraction. —* M. D..., gérant d'une maison de commerce, est âgé de 32 ans ; très brun, maigre, l'aspect fatigué, il éveille le soupçon de tuberculose. Rien pourtant, dans ses antécédents héréditaires ou personnels ni dans son état actuel, ne paraît confirmer cette impression.

Vers le mois de juin 1902, il est atteint de quelques accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure gauche : gonflement, contracture, etc.

En même temps ou à peu près, une fluxion se déclare à droite et en bas, fluxion due à la première molaire inférieure. Une petite rougeur se forme sur la joue et l'abcès s'ouvre à l'extérieur.

Tous ces accidents sont survenus pendant une période où le malade était particulièrement fatigué par un inventaire et d'autres affaires sérieuses.

Les accidents dus à la dent de sagesse ne disparaissant pas, le malade se décide à consulter un médecin.

On lui administre le chloroforme, on lui enlève sa dent de sagesse et, par la même occasion, on fait un grattage du maxillaire inférieur au niveau de la fistule, pensant avoir affaire à une lésion tuberculeuse.

La contracture disparaît, mais à droite persistent deux orifices qui laissent continuellement suinter du pus.

Le malade vient me voir le 8 septembre, absolument navré de voir persister cette suppuration malgré tous les traitements qu'il a faits.

Un stylet, introduit par l'un ou l'autre des deux orifices fistuleux, conduit sur une surface osseuse dénudée, non sensible.

Un cordon dur relie très nettement la joue à la 1<sup>re</sup> molaire inférieure droite, dont il ne reste que les racines séparées.

Extraction de ces deux racines. Le stylet, introduit par la fistule, pénètre dans l'alvéole.

15 septembre. — Les fistules entamées sont fermées ; l'alvéole est encore ouvert, rempli de débris épithéliaux.

29 septembre. — Guérison complète.

Il est remarquable que l'origine dentaire des fistules péri-maxillaires est très souvent méconnue. Quand il s'agit d'une fistule gingivale, l'erreur est moins fréquente. Pourtant, comme dans le cas de notre premier malade, il faut quelque-fois chercher la lésion dentaire pour la trouver.

La fistule cutanée éveille l'idée de lésion osseuse, comme dans les autres régions ; on la croit d'origine tuberculeuse ou autre et on procède à des grattages et à des cautérisations inutiles.

Il est donc indispensable, dans tous les cas de fistules péri-maxillaires, de vérifier avec soin l'état du système dentaire. Si on trouve dans la bouche, du côté de la fistule, de mauvaises racines, le diagnostic est facile ; mais, si les dents paraissent saines à la simple inspection, il ne faut pas se contenter de cet examen superficiel.

La lésion de la dent en cause peut être minime, la percussion peut ne réveiller aucune douleur, mais l'éclairage de la bouche permet de constater sur une dent l'opacité caractéristique des dents mortes ; une pointe de thermocautère, appliquée sur cette dent, ne provoque aucune douleur.

Le stylet, introduit par l'orifice fistuleux, conduit sur une surface dénudée et y réveille souvent une douleur : le malade a la sensation qu'on touche sa dent. Enfin, souvent,

un cordon dur relie plus ou moins directement la fistule à la dent.

Tels sont les principaux éléments qui permettront de découvrir la dent coupable.

Il est intéressant de rechercher par quel mécanisme une dent devient la cause d'une fistule qui persiste tant que cette dent n'est pas soignée ou enlevée.

La périostite alvéolo-dentaire suppurée est la première phase par où passe la production d'une fistule. Cette infection du périoste alvéolaire peut avoir des points de départ différents et être d'origine dentaire ou péri dentaire.

*Origine dentaire.* — Une dent se carie, les racines sont ouvertes, la pulpe s'infecte, se putréfie ; l'infection dépasse l'apex, pénètre dans l'alvéole et atteint le périoste alvéolo-dentaire. C'est le cas le plus fréquent.

*Origine péri-dentaire.* — Les gingivites peuvent, en se propageant à l'alvéole, amener de la périostite alvéolo-dentaire ; c'est ainsi qu'agissent le tartre ; la pénétration d'un corps étranger, une arête de poisson, par exemple, entre les gencives et la dent ; la pyorrhée alvéolaire ; les accidents d'éruption de la dent de sagesse. Une violence quelconque qui ouvre et dilacère l'alvéole facilite la pénétration des microbes pyogènes et l'infection périostique.

Dans ces cas, la dent n'est atteinte que secondairement.

Enfin, il est un fait très important à signaler : c'est l'influence de l'état général sur la production des fistules dentaires. Une fluxion, qui, en temps ordinaire, se termine par résolution, aboutira chez le même sujet à la formation d'une fistule si elle survient pendant une période de surmenage et de fatigue.

Notre premier malade en est un exemple bien caractéristique : avec une régularité mathématique, sa fistule suppure plus abondamment chaque fois qu'il se surmène au moment d'un examen.

Le second a vu apparaître sa fistule pendant une période de dépression due aux accidents provoqués par une dent de sagesse.

L'infection du périoste, une fois réalisée, que se passe-t-il ?

Le pus arrive à perforer la paroi alvéolaire et forme un véritable abcès en bouton de chemise, à la fois sous et supériostique, qui viendra s'ouvrir à la gencive ou à la peau.

L'ouverture cutanée est plus fréquente à la mâchoire inférieure ; c'est dans la disposition anatomique des parties qu'il faut en chercher la raison.

L'extrémité des racines des molaires est située plus bas que le point où la muqueuse se réfléchit de la gencive sur la joue ; comme la lésion se localise souvent à l'apex, le pus, aidé par l'action de la pesanteur, se fraie un chemin vers la peau et n'a aucune tendance à remonter vers la gencive.

Au contraire, les incisives, dont les racines dépassent

rarement le cul-de-sac gingivo-labial, donnent plus fréquemment naissance à des fistules gingivales.

Quand on a reconnu la dent en cause, quel traitement lui appliquer ?

S'il ne reste que des racines ou une couronne très endommagée, l'extraction est le meilleur traitement. La guérison la suit généralement de très près : l'orifice externe se cicatrise d'abord, puis l'alvéole par où se fait pendant quelque jours l'alimentation des produits pathologiques contenus dans le trajet.

S'il s'agit d'une dent du devant ou d'une molaire assez bonne, pour rendre encore des services, il faut la conserver et lui appliquer le « traitement antiséptique ».

Il consiste à pousser dans le trajet fistuleux un liquide irritant, créosote ou acide phénique. L'injection faite par l'orifice de la fistule ne réussit pas ; il faut la faire de la dent vers la fistule et obtenir la sortie du liquide par cet orifice, de façon à être certain que tout le trajet a été baigné par le liquide.

Si la dent est accessible, on peut se servir d'une seringue, en lutant bien l'aiguille dans la racine pour empêcher le reflex du liquide.

Pour les molaires, le meilleur procédé consiste à introduire dans la cavité pulpaire un tampon bien humecté de créosote ou d'acide phénique ; on recouvre ensuite d'un morceau de caoutchouc dentaire, qu'on pousse avec force à l'aide d'un fouloir.

Une seule application suffit en général ; il est rarement besoin de faire ensuite des grattages ou des cautérisations du trajet fistuleux.

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

**Remarques sur l'iodipine**, par le Dr Ernst FEIBES, extrait du *Dermatologische Wochenschrift*, 1902.

L'iodipine, découverte en 1897 par WINTERITZ, a donné lieu depuis cette époque à de nombreuses recherches ; l'auteur ne résume, en effet, pas moins de 58 communications sur ce médicament, avant que de donner son opinion. Tous ces éléments, du reste, s'accordent à lui donner une valeur thérapeutique considérable.

Comme il est du plus grand intérêt de savoir quelles quantités d'iode sont éliminées par l'urine, de façon à prévenir l'intoxication par l'iode, l'auteur a fait d'abord porter ses études sur ce point, et il a montré que la sortie de l'iode se chiffre en moyenne dans l'urine par 0 gr. 41 par litre ; d'où, en tenant compte de l'élimination par la salive et les autres émonctoires, la quasi-impossibilité d'une intoxication.

De même dans la syphilis maligne précoce, là où le mercure est d'ordinaire mal supporté et où l'iodure de potassium ne peut être longtemps continué, l'iodipine a, au contraire, donné les meilleurs résultats dans les 16 cas observés par l'auteur.

De même encore, quand il y a idiosyncrasie pour l'iode,

l'iodipine, combinaison graisseuse de l'iode, est sans action fâcheuse ; trois cas de l'auteur sont probants à ce point de vue.

L'auteur cite ensuite des cas de syphilis cérébro-spinale, de paralysie spinale d'ERR, de tabes améliorés et guéris par l'iodipine. Nous ne le suivrons pas sur ce terrain. Mais il nous a paru intéressant de relever ces diverses actions de l'iodipine, encore peu connue en France, à tort, semble-t-il.

D<sup>r</sup> F. C.

## VARIÉTÉS & ANECDOTES

### Un cas de fécondité extraordinaire

Une Italienne, signora Maddalena Granatta, qui vit à Nocera, un village situé non loin de Naples, n'a pas eu, pendant les 19 ans qu'elle a vécu avec son mari, moins de soixante-deux enfants — vous avez bien lu : *soixante-deux* — dont 59 garçons et 3 filles seulement. Onze fois de suite, en 9 ans, elle a donné le jour à 3 jumeaux ; 3 fois elle a accouché de 4 garçons et une fois de 5 garçons et une fille. Les 12 autres naissances ont été normales, quoique très rapprochées. Le fait, absolument extraordinaire, peut-être unique en son genre, que nous signalons, est attesté par 2 ou 3.000 signataires qui demandent au gouvernement, dans leur pétition, une pension viagère de 1.800 lires pour Maddalena Granatta, aujourd'hui âgée de 57 ans et incapable de gagner sa vie.

(Gaz. méd. de Paris).

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

L'Association amicale des Internes et Anciens Internes en médecine des hôpitaux de Lille a tenu sa réunion annuelle le dimanche 14 décembre 1902, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Saint-Sauveur, sous la présidence de M. le docteur BOURDON, de Bousies.

Le bureau pour l'année 1903 est ainsi composé :

**Président** : M. CURTIS, de Lille ; **Vice-Présidents** : MM. TRAMBLIN, de Bermerain, et BOUTRY, de Lille ; **Secrétaire général** : M. MASSON, de Marcq-en-Barœul ; **Trésorier** : M. PAINBLAN, de Lille ; **Membre du Comité** : M. BOULINGUEZ, d'Hénin-Liétard ; **Secrétaire-adjoint** : M. DAVRINCHE, interne en exercice.

Les jurys pour les prix de l'Internat de 1903 sont ainsi composés :

**Concours de médecine** : MM. BOULOGNE, DELÉARDE, MASSON, juges ; MM. BRETON, JULIEN, suppléants.

**Concours de chirurgie** : MM. P. COLLE, FLEURY, GÉRARD, juges ; MM. D'HOUE, DUBOIS, suppléants.

L'Assemblée a adopté ou renvoyé à l'examen de nos bureaux un certain nombre de propositions qui lui avaient

été soumises, relativement au régime de l'Internat et au règlement du Concours.

Le bureau présentera ces propositions à l'Administration des Hospices.

Aussitôt la clôture de l'Assemblée générale annuelle, s'est ouverte une Assemblée générale extraordinaire, qui a apporté aux statuts quelques modifications reconnues utiles.

A l'issue de cette Assemblée, a eu lieu le banquet traditionnel, très bien servi, du reste, et qui a réuni 32 sociétaires au restaurant Divoir. Le doyen d'âge de la réunion était le docteur BLOND, de Merville, de la promotion de 1859.

La gaieté et la cordialité la plus franches n'ont cessé de régner pendant tout le repas. Après le toast du président BOUNDON, il a été décidé que, désormais, la cotisation du banquet serait réduite de moitié pour les internes en exercice ; et que, chaque année, les deux lauréats des concours seraient, au banquet, les invités de l'Association.

Les chansons ont alors commencé, et il serait trop long de citer les noms de tous ceux, jeunes ou vieux, qui se sont fait entendre et applaudir, soit dans les vieux refrains de salle de garde, soit dans des compositions inédites, pleines d'esprit et d'à-propos, marquées au coin de la plus franche camaraderie et, du reste, composées spécialement pour la circonstance.

En 1903, les internes et externes des  
répartis ainsi qu'il suit dans les  
Faculté de médecine.

— *Service de la clinique médicale* :  
JUN, VASSEUR, DESRUELLE, DUBOIS

*Chirurgicale* : MM. GELLÉ et LEROY,  
MINET, DESREUMAUX, PATOU, HOREL,

*Gynécologique* : MM. DRÔTEL et LOUBRY.

CAUDRON et LEENHARDT, internes ;  
RE, externes.

L. TACONNET, interne.

— *Service de la clinique médicale* :  
internes ; MM. COPPENS, LÉÔTE,  
s, (Clodomir) externes.

*Chirurgicale* : MM. DEBEYRE et DE  
A. DUPREZ, WATTEZ, BRASSEUR,  
rnes.

*Dermatologique* : M. GONTHIER DE LA  
URET, DUBUCHE, PETIT, PONTHEU,

*Chirurgie des enfants* : M. CHANCEL,  
ICLERCQ, PAQUET, externes.

*Service de la clinique médicale des enfants* : M. CRÉTAL,  
interne ; MM. LEQUETTE, GUILBERT, DE SWARTE, externes.

*Service de la clinique des voies urinaires* : M. TRAMPONT,  
interne ; MM. LIÉNARD, PESSEAUD, DECOUSSER, externes.

*Service de la diphtérie* : M. MINET, interne.

*Service de la clinique ophtalmologique* : MM. LOOTEN et  
DESCARPENTRIES, externes.

*Service des filles publiques* : M. DESCAMPS Paul, externe.

*Consultation de laryngologie* : MM. HURIEZ et SONNEVILLE,  
externes.

— L'Académie de Médecine a décerné dans sa séance  
publique annuelle du 23 décembre, sur le prix CAPURON,  
un encouragement de 200 francs à M. le docteur BUI, ancien  
chef de clinique d'accouchements. Dans la même séance,  
le prix TARNIER, de 3.000 francs, a été décerné à M. le  
docteur BUI. Nous adressons à notre confrère nos félicita-  
tions pour les distinctions dont ses travaux sont l'objet de  
la part de l'Académie.

Parmi les récompenses attribuées aux médecins de la  
région au titre du service des épidémies et de la vaccine,  
nous relevons avec satisfaction les noms : de notre excel-  
lent collaborateur, le docteur MANOUVRIEZ, de Valenciennes,  
pour un *rappel de Médaille d'or* ; de M. le docteur GOREZ, de  
Lille, FREMICOURT, de Jaulgonne (Aisne), pour un *rappel  
de médaille de vermeil* ; de M. le docteur DELAVALLE, de  
Sailly-sur-la-Lys (Pas-de-Calais), pour une *Médaille d'ar-  
gent* ; de M. le docteur DOUROLENS, de Bruay (Pas-de-Calais),  
pour un *rappel de Médaille d'argent*.

#### SOUTENANCES DE THÈSES

M. L.-J.-J. FIÉVET, de Lille (Nord) a soutenu avec succès  
le mercredi 24 décembre 1902, sa thèse de doctorat  
(6<sup>me</sup> série, n° 116) intitulée : *Contribution à l'étude des  
fistules d'origine dentaire*.

— M. H.-P.-F. WARIN, externe des hôpitaux de Lille (Nord),  
a soutenu, avec succès, le Samedi 27 Décembre, sa thèse  
de doctorat (6<sup>me</sup> série, n° 117), intitulée : *De l'Epilepsie au  
cours de la cyanose*.

— M. A. TRICART, de Denain (Nord), a soutenu, avec succès,  
le Mercredi 24 Décembre 1902 sa thèse de doctorat (men-  
tion pharmacie) (1<sup>re</sup> série n° 4), intitulée : *Enquête sur le  
beurre à Lille*.

#### UNIVERSITÉS DE PROVINCE

*Limoges*. — Sont nommés, après concours, chef de cli-  
nique médicale : M. MAX QUERTAUT ; chef de clinique  
chirurgicale : M. BORDESOULE.

*Caen*. — M. le docteur GOSSELIN, ancien suppléant des  
chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé  
professeur de physiologie en remplacement de M. FAYEL-  
DESLONGROIS.

#### Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort

de MM. les docteurs LAPORTE, de Bessines (Haute-Vienne); SCHURRER, de Vesoul; LE PAULMIER, de Paris; PALUCHE-NEAU, de Sainte-Hélène (Gironde).

## BIBLIOGRAPHIE

**Guide du Médecin Praticien.** Aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, par le D<sup>r</sup> GUIBAL, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 de 676 pages., avec 349 fig., cartonnage toile souple: 7 fr. 50. (Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Présenter de façon concise et dans un petit format toutes les connaissances de médecine, de chirurgie, d'obstétrique nécessaires au praticien, tel est le but que se propose le *Guide du Médecin Praticien* du D<sup>r</sup> GUIBAL.

Mis en présence d'un cas dont le diagnostic l'embarrasse, le médecin a besoin de trouver l'exposé des *symptômes types*, qui l'aideront à reconnaître la nature de la maladie et à prescrire le traitement qui convient.

Le traitement a été, de sa part, l'objet de soins particuliers: il s'est efforcé de résumer ces indications d'après l'enseignement des maîtres les plus autorisés et d'indiquer les opérations telles que les ont faites les recherches de la science moderne.

Il indique tout d'abord les règles de l'*antisepsie*, de l'*anesthésie* et des *injections de serum*, facteurs principaux de l'évolution des sciences médicales contemporaines: il passe ensuite en revue les *maladies générales*, celles de la *peau* et des *tissus*; celles du *crâne*, de la *tête* et du *cou*; celles du *rachis* et du *bassin*; celles du *thorax* et de l'*abdomen*, et enfin celles des appareils en particulier; il a particulièrement détaillé la description des maladies des *membres*, si importantes aujourd'hui, tant par leur fréquence que par le résultat de leur traitement bien institué.

Pour chaque cas, il a donné toutes les indications permettant de faire un diagnostic ferme et de différencier l'affection étudiée des maladies qui peuvent lui ressembler.

Pour chaque traitement il donne les indications qui peuvent le faire prescrire ou proscrire: à quel moment et dans quelles conditions faut-il intervenir, faut-il agir immédiatement ou temporiser? Le régime, si important dans la thérapeutique médicale, est étudié en détail; le manuel opératoire chirurgical et obstétrical a été développé dans une large mesure. Il ne suffit pas, en effet, de connaître quand on doit intervenir; il faut aussi savoir comment on doit le faire. M. Guibal décrit les divers procédés actuellement employés, donnant sur chacun d'eux les indications et contre-indications que comporte son application. Ce *Guide du Médecin Praticien* sera utile dans l'exercice de la pratique journalière; il rendra service aux médecins de campagne, qui n'ont pas toujours à leur disposition la riche bibliothèque des médecins de ville et à tous ceux à qui souvent le temps manque pour retrouver promptement les indications dont le souvenir peut échapper à la mémoire la plus sûre; il servira, en un mot, d'*aide-mémoire de chirurgie, de médecine et d'obstétrique*.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration, De 3 à 6 cuillères à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.

D<sup>r</sup> Ferrand. — *Trait de méd.*)

**RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX**  
**NEUROSINE PRUNIER**

(Phospho-Glycérate de Chaux pur)

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

50<sup>e</sup> et 51<sup>e</sup> SEMAINE, DU 7 DÉCEMBRE AU 20 DÉCEMBRE 190

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .	19	6
3 mois à un an . . . . .	16	10
1 an à 2 ans . . . . .	5	7
2 à 5 ans . . . . .	8	8
5 à 10 ans . . . . .	3	3
10 à 20 ans . . . . .	6	7
20 à 40 ans . . . . .	13	19
40 à 60 ans . . . . .	26	21
60 à 80 ans . . . . .	30	30
80 ans et au-dessus . . . . .	9	8
Total . . . . .	135	119

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS	MAISSANCES par quartier	9	18	39	33	26	20	16	15	19	4	9	238
TOTAL des DÉCÈS		43	42	32	46	15	38	15	15	4	3	14	254
Autres causes de décès		4	15	14	13	4	18	8	4	8	1	2	91
Homicide		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculeuses		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire		2	6	7	2	»	1	2	2	3	»	2	27
Diarrhées et entérites		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
plus de 5 ans		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
de 3 à 5 ans		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
moins de 2 ans		1	1	3	4	»	1	2	2	1	1	1	18
Maladies organiques du cœur		4	1	1	3	1	4	»	»	»	»	»	16
Bronchite et pneumonie		1	6	9	2	»	1	2	2	1	1	»	30
Apoplexie cérébrale		»	4	»	1	»	4	»	»	»	»	»	13
Autres		»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Coqueluche		»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2
Grippe et diphtérie		»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Fièvre typhoïde		»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Scarlatine		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole		1	6	3	9	5	5	3	1	»	»	»	45

Répartition des décès par quartier

Hôtel-de-ville, 19,892 hab.  
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.  
Moulins, 24,947 hab.  
Wazemmes, 36,782 hab.  
Vauban, 20,381 hab.  
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.  
Esquermes, 11,381 hab.  
Saint-Maurice, 11,212 hab.  
Fives, 24,191 hab.  
Canteleu, 2,836 hab.  
Sud, 5,908 hab.

Total.

# TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

	Pages		Pages
72, 371, 372, 420, 616		BRETON. Accouchement d'un hydrocéphale.....	494
I. DELARDE a.....	546	Cafeisme chronique, par M. BOURNET.....	171
et OERS.....	328	Calcul vésical chez un enfant, par M. CARLIER.....	13
I. FOLKT.....	469	CALMETTE. Désinfection à la campagne.....	157
107, 430, 478	61	— La conférence de la tuberculose, à Berlin.....	541
et, par GÉRARD et DE CHABERT.....	28	CALMETTE et HAUTREUILLE. Désinfection des navires.....	506
RIZZ.....	169	Cancers utérins : Statistique, par MM. DUCHEMENT et MINET.....	186
r M. MOTY.....	217	Cancer du sein chez l'homme, par M. GELLÉ.....	291
due à l'insuffisance rénale, par	439	CARLIER. Calcul vésical chez un enfant.....	13
QUET.....	145	— Tuberculose du rein droit.....	11
ies.....	96, 179	— Rétrécissement de l'urètre.....	15
internes.....	615	— Pyonéphrose tuberculeuse.....	16
de France.....	22, 142, 330, 395	— Cystostomie sus-pubienne.....	481
médicale.....	287, 347	— La néphrectomie.....	580
371, 528		CARLIER et OUI. Grossesse extra-utérine.....	73
289, 307		Cathétérisme de l'urètre par un tuyau de pipe, par M. JULIEN.....	584
289, 307		CAUDRON (V. KERAVAL).....	342, 323
l'enfance, consultation.....	582	— (V. RAVIANT).....	376
nce, consultation.....	8	CAUMANTIN. Anesthésie dans l'extraction des dents, consultation.....	19
nce.....	183	— Pyorrhée alvéolaire, consultation.....	562
thyroïdie.....	279	— Quelques considérations sur les fistules d'origine	613
uleux pauvres.....	461	dentaire.....	28
enfants en 1901 à la Charité.....	205	DE CHABERT (V. GÉRARD).....	301
brillie.....	232	— (V. COMBEMALE).....	601
90		CHARNIER. Blennorrhagie compliquée.....	67
		— Psoriasis, consultation.....	397
		CHEVALIER (V. GAUDIER).....	474
		Chorée avec monoplégie, par MM. RAVIANT et CAUDRON.....	210
		COLLE (V. SORMONT).....	315
		COMBEMALE. Variole, consultation.....	1
		— Rhumatisme aigu, consultation.....	253
		— et de CHABERT. La santoline dans le tabes.....	179
		— et HUBERT. L'héroïne.....	549
		— et INGELRANS. Chorée, consultation.....	477
		— — Epilepsie, consultation.....	10
		— — Origine infectieuse de la maladie	106
		Friedreich.....	369
		— — Paramyoclonus multiplex.....	140
		— et OERS. L'agurine.....	420
		— et SONNEVILLE. La dionine.....	33
		Comptes-rendus de la Société de médecine du Nord : 2	455
		93, 105, 139, 165, 187, 201, 214, 215 237, 262, 273, 301	92
		368, 500, 525, 573	228
		Comité de vaccine.....	615
		192, 324	476
		Concours des asiles d'aliénés.....	617
		Congrès du Caire.....	480
		— d'hydrologie.....	543
		— de Madrid.....	610
		— de Rome.....	598
		— de la Société belge de chirurgie.....	479
		— de Toulouse.....	527
		Conseils d'hygiène universitaire, par M. SORMONT.....	380
		Constipation, par M. SORMONT.....	588
		Consultation des enfants à la Charité en 1901, par M. A.	443
		Consultations médico-chirurgicales :	477
		— Amygdalite phlegmoneuse, par M. GAUDIER.....	538
		— Anesthésie dans l'extraction des dents, par M. CAUM.	429
		— Appendicite, par MM. DUBAR et POTEL.....	601
		— Avortement, par M. OUI.....	86
		— Bronchites des enfants, par M. AUSRET.....	445
		— Chorée, par MM. COMBEMALE et INGELRANS.....	265
		— Constipation, par M. SORMONT.....	445
		— Convulsions de l'enfance, par M. AUSRET.....	553
		— Délivrance anormale, par M. OUI.....	65
		— Délivrance post-abortive, par M. OUI.....	

	Pages
<b>Consultations médico-chirurgicales :</b>	
— Epilepsie, par MM. COMBEMALE et INGELHANS.....	231
— Glaucome, par M. PAINBLAN.....	354
— Hypertrophie des amygdales, par M. GAUDIER.....	412
— Ictus, par M. PAINBLAN.....	271
— Lithase biliaire non compliquée, par M. SURMONT.....	606
— Occlusion intestinale, par M. LE FORT.....	115
— Ophtalmie des nouveau-nés, par M. PAINBLAN.....	513
— Phlegmatia alba dolens puerpérale, par M. OUI.....	457
— Psoriasis, par M. CHARMEL.....	67
— Pyorrhée alvéolaire, par M. CAUMARTIN.....	362
— Rhumatisme articulaire aigu, par M. COMBEMALE.....	590
— Variole, par M. COMBEMALE.....	315
<i>Convulsions de l'enfance</i> , par M. AUSSET.....	181
<i>Corps étrangers métalliques</i> , par M. FOLET.....	433
<i>Coxalgie de croissance</i> , par M. LAMBERT.....	320
<i>Cryoscopie du liquide hydatique</i> , par MM. SURMONT et DEBON.....	109
<i>Cystostomie sus-pubienne dans les rétrécissements</i> , par M. CARLIER.....	481
DEBON (V. SURMONT).....	109
— (V. DRUCBERT).....	137
DELBECQ Hydrocéphalie.....	17
DELBECQ Accidents du travail.....	546
— Le pavillon des Tuberculeux à la Charité.....	340
— Les splénomégalies chroniques.....	37, 53
— et HAUTEFUILLE. Diazoréaction d'Ehrlich.....	113
<i>Délire religieux</i> , par M. KÉRAVAL.....	409
<i>Désinfection à la campagne</i> , par M. CALMETTE.....	157
<i>Désinfection des natures</i> , par MM. CALMETTE et HAUTEFUILLE.....	506
<i>Duphrigme (piques du) à gauche</i> , par M. LAMBERT.....	29
<i>Diazoréaction</i> , par M. DELBECQ et HAUTEFUILLE.....	113
<i>Dionine</i> , par MM. COMBEMALE et SONNEVILLE.....	517
<i>Diphthérie humaine et bovine</i> , par M. GUÉRIN.....	457
<i>Distinctions honorifiques</i> : 12, 23, 48, 60, 71, 72, 96, 108, 119, 143, 144, 179, 192, 216, 240, 252, 275, 288, 299, 324, 347, 348, 359, 360, 371, 384, 420, 436, 479, 492, 515, 516, 528, 532, 600,.....	612
DOURIEZ. Anus herniaire datant de trente-sept mois.....	169
DRUCBERT Le procédé de Maydl.....	293
— (V. SURMONT).....	282
— et DEBON. Toxicité des extraits de muqueuse intestinale.....	137
— et MINET. Statistique des cancers utérins.....	196
DUBAR. Luxation du semi-lunaire.....	334
— et POREL. Appendicite, consultation.....	173
— — Lipomes intra-musculaires.....	325
DUBOIS (V. INGELHANS).....	145
<b>Ecole de Lyon.</b> .....	131, 371, 456
<i>Emotions mortelles</i> , par M. KÉRAVAL.....	351
<i>Entérocolite avec fièvre</i> , par M. OUI.....	270
<i>Epilepsie toxique</i> , par M. MARCHAND.....	452
<i>Fièvre</i> , par M. ARTHUS.....	439
FOLET. A propos de l'épidémie de varicelle.....	505
— Corps étrangers métalliques.....	433
— Fracture du fémur non consolidée.....	368
— Kyste du mésentère.....	277
— La guerre à l'alcool.....	61
— Occlusion intestinale.....	577
— Plaies artérielles de la paume de la main.....	133
— Pylorotomie pour cancer.....	25
— Restauration d'une phalange.....	114
<i>Folie syphilitique</i> , par MM. KÉRAVAL et CAUDRON.....	523
<i>Folie syphilitique guérie</i> , par MM. KÉRAVAL et CAUDRON.....	342
<i>Fracture du fémur non consolidée</i> , par M. FOLET.....	368
<i>Fractures du pouce</i> , par M. LAMBERT.....	305
<i>Fraudes dans les examens</i> .....	34
GAUDIER. Amygdalite phlegmoneuse, consultation.....	570
— Hypertrophie des amygdales, consultation.....	412
— Mucoécèle du sinus frontal.....	87
— et CERVALLIER. Tumeur de la langue.....	397
GELLÉ. Cancer du sein chez l'homme.....	291
— (V. OUI).....	569
GÉRARD (E.). Action biochimique du rein.....	268
GÉRARD (G.) et DE CHABERT. Anévrysme du canal artériel.....	26
GONTIER DE LA ROCHE (V. OUI).....	332
<i>Grossesse extra-utérine</i> , par MM. CARLIER et OUI.....	73
GUTHRIE. La rage.....	361
HAUTEFUILLE (V. DELBECQ).....	113
— (V. CALMETTE).....	506
<i>Hernies de l'appendice</i> , par M. BERTIN.....	1
<i>Héroïne</i> , par MM. COMBEMALE et HURIEZ.....	193
<b>Hôpitaux de Lille :</b>	
— Prix aux externes.....	35, 612
— Consultation de chirurgie des enfants.....	48
— Legs Fromont.....	288
— Répartition des services.....	
HURIEZ (V. COMBEMALE).....	
<i>Hydrocéphalie</i> , par MM. DELBECQ et LETAILLER.....	
— par M. BERTON.....	
<i>Ilots de Langerhans</i> , par M. LAGUESSE.....	
<i>Infantisme par hypothyroïdisme</i> , par M. V. INGELHANS.....	
INGELHANS. Tétanos chroniques traités par le.....	
INGELHANS et BARRART. Syringomyélie post-l.....	
INGELHANS et DUBOIS. L'asphyxie des ex.....	
— d'insuffisance rénale.....	
INGELHANS (V. COMBEMALE).....	
<b>Intérêts professionnels</b> .....	178, 206
JULIEN. Les avariés.....	
— Un mode inconnu de cathétérisme u.....	
KÉRAVAL. Automutilation d'un délinquant reli.....	
— Emotions mortelles.....	
— Mort subite étrange.....	
KÉRAVAL et CAUDRON. Folie syphilitique gué.....	
<i>Kyste du vagin</i> , par M. BERTON.....	
<i>Kyste du mésentère</i> , par M. POREL.....	
— par M. FOLET.....	
LAGACHÉ. L'adrénaline.....	
LAGUESSE. Les ilots de Langerhans.....	
<i>Lait stérilisé industriellement</i> , par M. OUI.....	
LAMBERT. Fausse coxalgie de croissance.....	
— Fractures du pouce.....	
— Lipome des gaines synoviales.....	
— Luxation du coude.....	
— Plaies du diaphragme à gauche.....	
— Radiographie dans les affections os.....	
— Réflexes dans les traumatismes mé.....	
LAURENT. Enseignement de la médecine opér.....	
LEFORT. Plaque de l'abdomen.....	
— Occlusion intestinale, consultation.....	
LETAILLER (V. DELBECQ).....	
LEURIDAN (V. MARCHAND).....	
<i>Lipome des gaines synoviales</i> , par M. LAMI.....	
<i>Lipomes intra-musculaires</i> , par MM. DUBA.....	
<i>Loi sur la santé publique</i> .....	
LOUBRY. Zona vaccinal.....	
<i>Luxation du coude</i> , par M. LAMBERT.....	
<i>Luxation du semi-lunaire</i> , par M. DUBAR.....	
<i>Maladie de Friedreich et infection</i> , par.....	
— et INGELHANS.....	
MARCHAND. Epilepsie toxique.....	
— et LEURIDAN. Paralyse générale.....	
<i>Médecine opératoire et enseignement</i> , par.....	
<i>Médecins militaires (fonctions civiles)</i> .....	
MINET (V. DRUCBERT).....	
<i>Mort subite étrange</i> , par M. KÉRAVAL.....	
<b>Mots de la fin</b> : 11, 22, 34, 47, 71, 168, 195, 394, 418, 430, 478, 502, 52.....	
MOTY. Appendicite parasitaire.....	
— Prophylaxie des maladies vénériennes.....	
<i>Mucoécèle du sinus frontal</i> , par M. GAUDIER.....	
<b>Nécrologie</b> : 35, 60, 72, 96, 108, 120, 132, 14, 217, 240, 275, 288, 299, 312, 324, 336, 34, 467, 468, 479, 491, 492, 504, 516, 528, 54.....	
<i>Néphrectomie</i> , par M. CARLIER.....	
<b>Notre Carnet</b> : 48, 60, 84, 108, 119, 179, 201, 347, 360, 384, 396, 408, 419, 431, 444, 461.....	
OBERS (V. COMBEMALE).....	
<i>Occlusion intestinale spasmodique</i> , par M. M.....	
<i>Œdèmes chroniques</i> , par M. BRASSANT.....	
<i>Ostéomyélite à staphylocoque doré</i> , par M. OUI.....	
OUI. Avortement, consultation.....	
— Délivrance anormale, consultation.....	
— Délivrance post-abortive, consultation.....	
— Entérocolite avec fièvre.....	
— Insertion vicieuse du placenta.....	
— Lait stérilisé industriellement.....	
— Phlegmatia alba dolens, consultation.....	
— (V. CARLIER).....	
— et GELLÉ. Rétention du Placenta.....	
— et GONTIER. Polype placentaire.....	

	Pages		Pages
Ouvrages déposés : 72, 120, 144, 156, 168, 300, 360, 396, 420, 432, 444, 468, 528, 588,	612	TACONNET. Variole congénitale.....	589
PAINBLAN. Bactériologie des sécrétions oculaires.....	121	Tétanos chronique traité par le sérum, par M. INGELRANS.....	509
— Iritis, consultation.....	271	Thérapeutique usuelle. Caractère d'une bonne levure.....	22
— Glaucome, consultation.....	354	— Incompatibilité médicamenteuse.....	34
— Ophtalmie des nouveau-nés, consultation.....	513	TONNEL. Bodo urinaires.....	65
Paramyoclonus multiplex, par M. RAVIART.....	97	Toxicité des extraits de muqueuse intestinale, par MM. DRUCBERT et DEHON.....	137
— par MM. COMBEMALE et INGELRANS.....	160	TROUCHAUD. Scarlatine et sinusites.....	229
Paralysie générale juvénile, par MM. MARCHAND et LEURIDAN.....	349	Tuberculose du rein, par M. CARLIER.....	14
PATOIR. La prostitution à Lille.....	373, 421	Tuberculeux pauvres. Leur isolement, par M. AUSSET.....	461
Placenta : insertion vicieuse, par M. OUI.....	392	Tuberculeux à la Charité (Le pavillon des), par M. DELÉARDE.....	340
Plaques artérielles de la paume de la main, par M. FOLET.....	133	Tuberculose (conférence de la tuberculose), par M. CALMETTE.....	541
Plaie de l'abdomen, par M. LEFORT.....	103	Tumeurs thyroïdiennes de la base de la langue, par MM. GAUDIER et CHEVALIER.....	397
Polype placentaire, par MM. OUI et GONTIER.....	332	Université de Lille :	
POTEL. Kystes du mésentère (v. DUBAR).....	101	— Clinique.....	11, 84, 527
Préjugés médicaux populaires, par DUPUREUX.....	141	— Ecole d'Amiens.....	23, 239, 275, 564, 588
Procédé de Maydl, par DRUCBERT.....	295	— Thèses : 48, 59, 96, 119, 132, 143, 179, 204, 216, 227, 288, 324, 336, 347, 359, 516, 575, 588, 599, 616	
Promotions dans l'armée, 12, 72, 96, 275, 298, 347, 339, 456, 492, 515, 531		— Chaire de pathologie externe.....	59, 143
Prostitution à Lille, par M. PATOIR.....	393, 421	— Asiles d'aliénés.....	96, 489
Pylorectomie pour cancer, par M. FOLET.....	25	— Fondation Leloir.....	108
Pyonéphrose tuberculeuse, par M. CARLIER.....	16	— Délais d'ajournement aux examens.....	275
Rachitisme et lait stérilisé, par M. AUSSET.....	232	— Don Vaillant.....	312
Radiographie dans les affections osseuses, par M. LAMBRET.....	555	— Prix de fin d'année.....	359
Rage, par M. GURRIN.....	361	— Chaire de pharmacie.....	371
RAVIART. Paramyoclonus multiplex.....	97	— Nominations.....	431, 551
— et CAUDRON. Monoplégie dans la chorée.....	374	— Bourses de doctorat.....	489, 515, 528, 612
Réflexes dans les traumatismes médullaires, par M. LAMBRET.....	49	— Prix de thèses.....	588
Rein : action biochimique, par M. E. GÉRARD.....	268	— Cinquantenaire de M. GOSSELET.....	599
Restauration d'une phalange, par M. FOLET.....	114	Université de Paris.....	12, 419, 503, 588
Rétention d'une partie du placenta, par MM. OUI et GELLÉ.....	569	Universités de Province : 23, 48, 60, 96, 108, 119, 132, 144, 199, 216, 227, 275, 299, 312, 460, 371, 384, 419, 468, 479, 504, 516, 540, 552, 564, 575, 599, 612, 616	
Rétrécissement de l'urètre, par M. CARLIER.....	15	Variétés : A qui appartient une prescription médicale ? 550. — Autopsies légales, 34. — L'art dentaire en Amérique, 177. — Les aveugles et le massage, 297. — Comment j'opérai Doyen, 83. — Rachois improvisés, 430. — Composition du corps humain, 430. — Le costume du médecin, 598. — Deux P. C. N. à des camarades, 297. — Devis d'aoust, par M. POTEL, 381. — Maladie d'Edouard VII, 311. — L'embaumement, 563. — Nouveau mode d'emploi de l'éther, 34. — Eusapia Paladino, 455. — Fécondation imaginaire, 333. — Gain des médecins, 478. — Traitement de la goutte, 333. — Hygiène scolaire en Allemagne, 549. — Médecine et commerce, 478. — Sa méthode, 71. — Médecine et police, 215. — Les médicaments vieillies, 226. — La médecine en Russie, 393. — Une belle opération, 478. — Le papier naturel, 227. — Parcours des danseuses, 371. — Sérum antidiphthérique, 429. — Une trépanation, 416. — La variole à Londres, par M. SURMONT, 190. — Virchow, 477. — Un cas de fécondité extraordinaire, p. 615.	
Sanatorium de Saint-Pol.....	503	Variole et grossesse, par M. BRASSART.....	553
Santonine dans le tabes, par MM. COMBEMALE et DE CHABERT.....	301	Variole (à propos de l'épidémie) par M. FOLET.....	505
Scarlatine et sinusite de la face, par M. TROUCHAUD.....	229	Vénériennes (prophylaxie des maladies) par M. MOTY.....	385
Sclérodermie, par M. BERTIN.....	253	Voyages aux eaux minérales.....	382
Sérum antipancréatique, par MM. SURMONT et DRUCBERT.....	282	WERTHEIMER. — Suc intestinal et suc pancréatique.....	493
Société d'histoire de la médecine.....	47	Zona vaccinal, par M. LOUBRY.....	65
Société industrielle de Lille. Prix Kuhlmann.....	59		
Société de médecine de Toulouse.....	334		
Société des sciences de Lille.....	359		
SONNEVILLE (v. COMBEMALE).....	517		
Splénomégaties chroniques, par M. DELÉARDE.....	37, 53		
Statistique de l'office sanitaire 12, 24, 36, 48, 60, 72, 108, 144, 190, 204, 216, 228, 240, 276, 288, 300, 312, 324, 336, 348, 372, 384, 396, 420, 432, 444, 456, 480, 504, 528, 540, 552, 576, 600,	617		
Suc intestinal et suc pancréatique, par M. WERTHEIMER.....	473		
SURMONT. Conseils d'hygiène universitaire.....	8		
— Constipation, consultation.....	246		
— et DRUCBERT. Sérum antipancréatique et amyloïse.....	282		
— La constipation.....	241		
— Lithiase biliaire non compliquée, consultation.....	695		
— Variole à Londres.....	190		
— et DEHON. Cryoscopie du liquide hydatique.....	109		
— et COLLE. Ostéomyélite hypertoxique.....	210		
Syringomyélie post-traumatique, par MM. INGELRANS et BRASSART.....	265		







COUNTWAY LIBRARY  
HC 4EAR +



